



OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE ZAMĚŘENÁ NA USPOKOJOVÁNÍ BIOLOGICKÝCH POTŘEB NESOBĚSTAČNÝCH PACIENTŮ

Bakalářská práce

Studijní program: B5341 – Ošetřovatelství
Studijní obor: 5341R009 – Všeobecná sestra
Autor práce: **Martina Krejčová**
Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyrianová





NURSING CARE FOCUSED ON MEETING THE BIOLOGICAL NEEDS OF NON-SELF-SUFFICIENT PATIENTS

Bachelor thesis

Study programme: B5341 – Nursing
Study branch: 5341R009 – General Nurse
Author: **Martina Krejčová**
Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Krejčová**
Osobní číslo: **Z11000093**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíle výzkumu:

- 1) Zmapovat, zda je celková koupel prováděna na sledovaných pracovištích ve shodném režimu.
- 2) Zjistit, zda pacienti celkovou koupel vnímají pozitivně.
- 3) Zjistit, zda je při provádění hygieny zajištěna intimita pacienta.

Teoretická východiska:

Každý člověk je individualita, má své jedinečné vlastnosti, postoje, názory a potřeby. Pojem potřeba pak vyjadřuje určité nedostatky biologické a také nedostatky v sociálním životě jedince. Nemoc mění nároky člověka na hygienickou péči, mění způsob uspokojování i potřeby hygieny. Rozhodujícím faktorem je míra omezení pohyblivosti a ztráta soběstačnosti. Celková koupel na lůžku, v mobilní vaně, je podle zdravotního stavu nemocného nezbytná každý den.

Výzkumné předpoklady:

- 1) Předpokládáme, že celková koupel je prováděna na sledovaných pracovištích shodně.
- 2) Předpokládáme, že paraplegičtí pacienti vnímají závislost při provádění hygieny negativně.
- 3) Domníváme se, že tetraplegičtí pacienti vnímají celkovou koupel pozitivně.
- 4) Předpokládáme, že je vždy při provádění hygieny dodržována intimita pacienta.

Metoda: Kvantitativní.

Technika práce, vyhodnocení dat:

Použijí metodu kvantitativního výzkumu - dotazník (poštovní, ind. osobně předávaný)

Místo a čas realizace výzkumu:

Výzkum bude realizován od října do prosince 2013 na spinálních jednotkách v Krajské nemocnici Liberec, a.s., Fakultní nemocnici v Motole v Praze, ve Fakultní nemocnici v Ostravě a ve Fakultní nemocnici v Brně Bohunicích.

Vzorek:

Vzorek budou tvořit paraplegičtí a tetraplegičtí pacienti hospitalizováni na spinální jednotce. Minimální počet respondentů bude 80.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

50-70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

viz příloha

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Alena Kyrianová


Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce:

1. září 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. června 2014


prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor

L.S.


Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 28. února 2014

Příloha zadání bakalářské práce

Seznam odborné literatury:

- 1.) BÁRTLOVÁ, S. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-24711-97-4.
 - 2.) FALTÝNKOVÁ, Z., KRÍŽ, J., KÁBRTOVÁ, A. Cesta k nezávislosti po poškození míchy, 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků ? Centrum Paraple, 2004. 83 s. ISBN 80-23955-55-1.
 - 3.) HOLUBOVÁ, J., SEDLÁŘOVÁ, P., VYTEJČKOVÁ, R., WIRTHOVÁ, V. Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné 1: obecná část. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 228 s. ISBN 80-24734-19-2.
 - 4.) JANÁČKOVÁ, L. Bolest a její zvládání. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 191 s. ISBN 80-7367-210-2.
 - 5.) KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z. Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 236 s. ISBN 978-80-247-2830-8.
 - 6.) KUTNOHORSKÁ, J. Etika v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 163 s. ISBN 80-24720-69-8.
 - 7.) KUTNOHORSKÁ, J. Výzkum v ošetrovatelství. 1. vydání. Praha: Grada, 2009. 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
 - 8.) MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 2. doplněné a přepracované vydání. Praha: Grada, 2010. 325 s. ISBN 80-24723-39-5.
 - 9.) MRŮZEK, M., JIRKŮ, H., KRÍŽ, J. Doporučené postupy pro prevenci a ošetrování dekubitů u pacienta po poškození míchy. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků, 2005. 32 s. ISBN 978-8-247-1821-7.
 - 10.) PLEVOVÁ, I. ošetrovatelství II. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3558-0.
 - 11.) ŠAMÁNKOVÁ, M. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. 134 s. ISBN 978-80-247-3223-7.
 - 12.) TRACHTOVÁ, E., TREJTNAROVÁ, G., MASTILIAKOVÁ, D. Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 185 s. ISBN 80-7013-553-0.
 - 13.) WENDSCHE, P. Poranění míchy ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009. 226 s. ISBN 80-70135-04-2.
- Cizojazyčná odborná literatura:
- 14.) KENNEDY, P., CHESSELL, Z. J. Traumatic versus non-traumatic spinal cord injuries: Are there differential rehabilitation outcomes, Spinal Cord: Oxford Institute, 2013. 5p. ISBN 1362-4393/13.
 - 15.) SELZER, M. E., DOBKIN, B. H. Spinal cord injury an American Academy of Neurology press quality of life guide. Accessible Publishing Systems PTY, 2010. 252p. ISBN 085-119-953.

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Současně čestně prohlašuji, že tištěná verze práce se shoduje s elektronickou verzí, vloženou do IS STAG.

Datum: 27.6.2014

Podpis: 

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Aleně Kyrianové za vedení mé bakalářské práce, podněty, připomínky. Dále za veškerou pomoc při poskytování materiálů, které mi byly velmi užitečné. A v neposlední řadě za nespočet cenných rad, kterých si velmi vážím. Toto odborné vedení mé bakalářské práce mi velmi pomohlo a posouvalo mou práci stále kupředu. Dále děkuji všem všeobecným sestrám z FN Brno, z FN Motol Praha, z FN Ostrava a v neposlední řadě z Krajské nemocnice Liberec, a.s. za veškerou ochotu, spolupráci při provádění výzkumného šetření v jejich nemocnicích. Také děkuji všem pacientům/klientům všech oslovených nemocnic za vyplnění dotazníků při provádění výzkumného šetření. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, která mi je vždy oporou, čehož si velmi vážím. Díky jejich ochotě a podpoře při studiu, dělám v životě to, co mě baví a naplňuje.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Martina Krejčová

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Ústav zdravotnických studií

Název práce: Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů

Vedoucí práce: Mgr. Alena Kyrianová

Počet stran: 84

Počet příloh: 9

Rok obhajoby: 2014

Souhrn:

Bakalářská práce je zaměřena na uspokojování jednotlivých biologických potřeb pacientů/klientů z hlediska ošetrovatelské péče. Teoretická část se nejvíce soustřeďuje na uspokojování jednotlivých biologických potřeb pacientů/klientů a problematiku hygieny zejména u nesoběstačných pacientů/klientů. Zaměřuje se na to, jak pacienti/klienti vnímají celkovou koupel a je-li dostatečně dodržována intimita pacienta/klienta při hygieně. Rozhodujícím faktorem je zde i míra omezení pohyblivosti a ztráta soběstačnosti. Ve výzkumné části jsou zpracována data z dotazníkového šetření. Respondenti byli pacienti/klienti, kteří prodělali většinou závažné poranění míchy nebo páteře a z tohoto důvodu nejsou schopni samostatně provádět hygienu. Na základě zjištěných výsledků byla navržena opatření do praxe.

Klíčová slova: biologická potřeba, hygiena, celková koupel, intimita, nesoběstačný pacient/klient

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Martina Krejčová

Institution: Technical university of Liberec
Institute of Health Studies

Title: Nursing care focused on meeting the biological needs of non-self-sufficient patients

Supervisor: Mgr. Alena Kyrianová

Pages: 84

Addenda: 9

Year: 2014

Summary:

This bachelor thesis is focused on meeting the biological needs of individual patients/clients in the nursing care. The theoretical part the most focuses on need and issues hygiene especially in non-self-sufficient patients/clients. It focuses on how patients/clients feel total bath and is sufficiently complied the intimacy of a patient/client with hygiene. The decisive factor here is the rate of reduced mobility and loss of self-sufficiency. The research section is processed data from the survey. Respondents were patients/clients who experienced mostly serious injury or spinal cord injury and for this reason are not able to perform hygiene. Procedures for practice were based on questionnaire as a part of bachelor thesis.

Key words: biological need, hygiene, total bath, intimacy, non-self-sufficient patient/client

Obsah

1.	Úvod.....	14
2.	Teoretická část.....	15
2.1	Hodnocení soběstačnosti.....	15
2.2	Komplikace při dlouhodobé hospitalizaci.....	16
2.3	Potřeby pacientů/klientů.....	18
2.3.1	Potřeba dýchání.....	21
2.3.2	Potřeba výživy.....	22
2.3.3	Potřeba vyprazdňování.....	23
2.3.4	Potřeba spánku, odpočinku a aktivity.....	24
2.3.5	Potřeba sexuální.....	25
2.3.6	Potřeba být bez bolesti.....	26
2.3.7	Psychická potřeba bezpečí a jistoty.....	27
2.4	Potřeba hygieny a intimity pacienta/klienta.....	28
2.4.1	Péče o hygienu dutiny ústní.....	31
2.4.2	Péče o vlasy a uši.....	33
2.4.3	Péče o nehty na rukou i na nohou.....	33
2.5	Ošetrovatelský proces v oblasti naplnění lidských potřeb.....	34
2.6	Komunikace s pacienty/klienty s pohybovým postižením.....	35
3.	Výzkumná část.....	37
3.1	Cíle práce a hypotézy.....	37
3.2	Metodika výzkumu.....	38
3.3	Charakteristika výzkumného vzorku.....	39
3.4	Výsledky výzkumu a jeho analýza.....	40
4.	Diskuze.....	67
5.	Návrh doporučení pro praxi.....	72

6.	Závěr.....	73
7.	Seznam bibliografických citací.....	76
8.	Seznam tabulek.....	82
9.	Seznam grafů.....	83
10.	Seznam příloh.....	84

Seznam použitých zkratk

ADL	Aktivity každodenního života (Activities of Daily Living)
BMI	Index tělesné hmotnosti (Body Mass Index)
E1	Prostaglandin (k léčbě erektilní dysfunkce mužů)
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
FN Motol Praha	Fakultní nemocnice Motol Praha
FN Ostrava	Fakultní nemocnice Ostrava
2. LF UK	2. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
Non-REM	Pomalé oční pohyby (Non-Rapid Eye Movement)
PDE5	Fosfodiesterázy typu 5. inhibitoru (Phosphodiesterase type 5 inhibitor)
PMK	Permanentní močový katetr
REM	Rychlé oční pohyby (Rapid Eye Movement)
VAS	Vizuální analogová stupnice

1 Úvod

Téma své bakalářské práce Ošetrovatelská péče se zaměřením na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů jsem si vybrala již v prvním ročníku mého studia na Technické univerzitě a to především na základě absolvování praktické výuky na oddělení Spinální jednotky v Krajské nemocnici Liberec, a.s.. Zde jsem měla možnost přijít do kontaktu s pacienty/klienty, jak s částečně, tak i úplně ochrnutými. Velice mě zajímaly jejich osudy, často se jednalo i o mladé pacienty/klienty, kterým se nešťastnou náhodou během několika vteřin změnil život. Naučili se ale se svým postižením žít a často díky své rodině a přátelům opět pozitivně přemýšlet. Jejich odhodlání a naplnění mě velmi motivovalo a já si jejich postoje k životu velmi vážím. Na tomto oddělení jsem se naučila opravdu mnoha věcem a proto jsem se rozhodla, směřovat svoji bakalářskou práci právě na tyto pacienty/klienty. Postupem času jsem se tedy začala o problematiku nesoběstačných pacientů/klientů a uspokojování jejich potřeb zajímat více. Žádná z biologických potřeb by neměla být opomenuta a také na všechny by měl být kladen stejný důraz. Často se setkávám s případy, kdy jsou určité potřeby zanedbávány a to i u soběstačných pacientů/klientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení, natož pak nesoběstační pacienti/klienti, kteří vyžadují větší péči a jejich požadavky by měly být brány vážně a neměly by být podceňovány. Má práce je zaměřena především na ošetrovatelskou péči o nesoběstačné nebo částečně soběstačné pacienty/klienty a také na potřebu hygieny a intimity a jak pacienti/klienti tuto potřebu vnímají.

Měla jsem také tu možnost vycestovat ve druhém ročníku v rámci Erasmus programu na celý semestr do Belgie, kde jsem též absolvovala praktickou výuku v nemocničním zařízení v Bruggách. Zde jsem mohla porovnat ošetrovatelskou péči o pacienty/klienty. Byla jsem mile překvapena celkovým přístupem zdravotnického personálu k pacientům/klientům a to hlavně tím, jak je u nich dodržována intimita při hygieně. Kladou na ni velký důraz a mezi jednotlivými lůžky jsou vždy zástěny, které musí být při intimní hygieně, celkové koupeli a převazech zataženy.

2 Teoretická část

V teoretické části se věnuji hodnocení soběstačnosti pacientů/klientů dle Barthelova testu všedních činností. Poté jsem se zaměřila na možné komplikace, které mohou při dlouhodobé hospitalizaci pacientů/klientů nastat. Jádrem této bakalářské práce tvoří popis jednotlivých biologických potřeb pacientů/klientů po poškození páteře, míchy, jakými jsou potřeba dýchání, výživy, vylučování, spánku a odpočinku a také potřeba být bez bolesti. Dále jsem zde zmínila jednu z psychických potřeb a to potřebu bezpečí a jistoty. Nejvíce je ale tato bakalářská práce zaměřena na potřebu hygieny a intimity pacientů/klientů. V této kapitole je popsána celková koupel pacienta/klienta, péče o dutinu ústní, péče o vlasy a uši a také péče o nehty na rukou a na nohou. Poté je zde rozebrán ošetrovatelský proces v oblasti naplnění lidských potřeb a také je zde popsána komunikace s pacienty/klienty s pohybovým postižením.

2.1 Hodnocení soběstačnosti

U pacientů/klientů hospitalizovaných v nemocničním zařízení je nezbytné hodnotit úroveň soběstačnosti. Zvláště velký význam je kladen na hodnocení soběstačnosti u pacientů/klientů s tělesným hendikepem. Jejich soběstačnost je v řadě případů velmi omezena a v některých případech jsou pacienti/klienti plně nesoběstační. K hodnocení soběstačnosti nám slouží běžně užívaný test na hodnocení základních všedních činností, který se nazývá Barthelův test soběstačnosti nebo také Test základních denních činností (ADL). Tento test hodnotí aktivity denního života. (Medík 2005; Omamiková 2012; Šamánková a kol. 2011; Vytejšková a kol. 2011) Obrázek v příloze č. 1.

K aktivitám běžné denní činnosti řadíme hygienu, oblékání, výživu a vyprazdňování. Úroveň soběstačnosti je hodnocena všeobecnými sestrami

v lůžkových zdravotnických i sociálních zařízeních, při příjmu pacienta/klienta v rámci ošetrovatelské anamnézy a dále sestrami v primární péči a také v agenturách domácí péče. Potřebné informace lze získat rozhovorem s pacientem/klientem, případně s rodinnými příslušníky nebo s jinými zdravotníky a dalšími osobami. Dalším důležitým zdrojem je samozřejmě také zdravotnická dokumentace nemocného. Pokud nechceme zvolit metodu rozhovoru, můžeme také použít metodu pozorování pacienta/klienta. V Barthelově testu základních všedních činností může pacient/klient získat maximálně 100 bodů. Pacient/klient se sto body je poté označován za nezávislého tedy plně soběstačného. Pacient/klient, který získá počet bodů v rozmezí 65 – 95 bodů se považuje za lehce závislého na pomoci druhých. Dále pacient/klient se 45 – 60 body je středně závislý na pomoci druhých a pacient/klient s vysokou závislostí na pomoci druhých má 0 – 40 bodů. (Šamánková a kol. 2011; Vytejšková a kol. 2011)

2.2 Komplikace při dlouhodobé hospitalizaci

U pacientů/klientů v průběhu dlouhodobé hospitalizace v nemocničním zařízení může vzniknout řada nežádoucích komplikací. U všech pacientů/klientů, kteří jsou upoutáni na lůžko hrozí riziko vzniku tromboembolické nemoci a to tromboflebitidy (zánět povrchových žil) nebo flebotrombózy (hluboká žilní trombóza). Riziko se stále zvyšuje, pokud je nemocný upoutaný na lůžko a nemůže se aktivně hýbat. Bandáže dolních končetin, kompresní punčochy, časná mobilizace nebo fyzioterapie jsou poté metody fyzikální prevence vzniku tromboembolických nemocí. Další možnou nejčastější komplikací jsou u pacientů/klientů proleženiny neboli dekubity. (Karges a kol. 2011; Naňka a kol. 2009; Pospíšilová a kol. 2010; Wendsche a kol. 2009)

„Název dekubitus pochází z latinského decumbere, což znamená položit, lehnout si. Jedním z nejdůležitějších faktorů podílejících se na vzniku proleženin je dlouhodobý tlak, který působí na tkáň a snižuje jejich zásobení živinami a kyslíkem. Intenzita působícího tlaku závisí hlavně na hmotnosti nemocného.“ (Wendsche a kol., 2009, s. 69)

Označení dekubitus znamená tedy poškození kůže, které má řadu objektivních příčin a postihuje zpravidla predilekční místa a to hlavně paty, křížovou oblast, dále oblast lopatek a oblast sedacích hrbolů. V důsledku působení dlouhodobého tlaku dochází ke stlačení tkáně a to zejména kapilár mezi tlakovým bodem a podložkou. Tkáň pak není dostatečně prokrvena a okysličená. Při delším působení tlaku dochází poté k odumírání tkáně, které je označováno pojmem nekróza a do tkáně se poté může snadněji dostat infekce. Tímto způsobem dochází ke vzniku dekubitů. Důležitou roli zde také hraje i doba působení tlaku. Průměrně dochází k rozvoji poškození tkáně po jedné až šesti hodinách působení. Ne vždy se ale jedná o pravidlo. V některých případech může dojít ke vzniku dekubitu i za kratší dobu než je jedna hodina a to zejména v případě, pokud jsou přítomny i další rozhodující faktory. Jakými jsou stupeň výživy nebo vlhkost okolí. Všeobecná sestra má v tomto případě za úkol hodnotit pacienta/klienta v riziku vzniku dekubitů a také stanovuje ošetřovatelský plán, který se poté musí plnit, dodržovat a hodnotit. Pro hodnocení rizika vzniku dekubitů u pacientů/klientů v nemocničním zařízení byly vytvořeny různé škály. Podle těchto škál se hodnotí, jak moc je nemocný náchylný ke vzniku proleženiny. Nejčastěji užívaná škála je Hodnotící systém dle Nortonové, který obsahuje 5 položek, které jsou hodnoceny body 1 až 4 a díky nim, pak vyhodnotíme předpokládanou úroveň rizika. Je vždy hodnocen celkový tělesný stav, vědomí, tělesná aktivita a přítomnost nebo nepřítomnost inkontinence. Poté sečteme všechny body a zjistíme riziko vzniku dekubitů. Nebezpečí vzniku dekubitů vzniká při 25 bodech a méně. (Faltýnková 2004; Kelnarová a kol. 2009; Mrůzek a kol. 2005; Trachtová a kol. 2006; Vondráček 2011; Wendsche a kol. 2009) Obrázek v příloze č. 2.

Základní a nejúčinnější metodou proti vzniku dekubitů je polohování pacienta/klienta. Polohování v anglickém jazyce turning - care představuje nezbytnou součást péče o ležící imobilní pacienty/klienty a slouží jako prevence vzniku dekubitů. Dále je polohování součástí péče o ventilaci a dostatečnou hygienu dýchacích cest, kdy je v některých případech nutné využít polohové drenáže a respirační fyzioterapii. (Kelnarová a kol. 2009; Mrůzek a kol. 2005; Trachtová a kol. 2006; Wendsche a kol. 2009)

2.3 Potřeby pacientů/klientů

Potřeby na rozdíl od přání jsou určeny životní nutností člověka jako druhu. Jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody. V současné etapě společenského vývoje lze vývoj potřeb u pacientů/klientů charakterizovat tak, že potřeby jsou stále složitější a komplexnější ve všech svých složkách, pramení jak z biologických, tak psychických a společenských determinant. Dále jsou také vnitřně heterogenní tedy různorodé. Specifická podoba potřeb pacientů/klientů je závislá především na charakteru nemoci, zároveň však na pacientovi/klientovi samotném a na sociálních poměrech, ve kterých pacient/klient žije. (Bártlová 2005)

Definice a dělení lidských potřeb

Potřeby lze z holistického hlediska na teoretické úrovni rozdělit na biologické, psychické, sociální a duchovní. Tyto potřeby se vzájemně prolínají. Uspokojování biologických potřeb v ošetrovatelství je nezbytné pro zachování života. Tyto potřeby jsou obvykle uspokojovány pravidelně dle zvyku jedince a souvisí s životním rytmem. Jejich charakter je obvykle cyklický. Do biologických potřeb patří potřeba vzduchu, potravy, tekutin, vylučování odpadových látek, spánek a odpočinek, udržování stálé tělesné teploty, aktivity, potřeby sexuální, potřeba být bez bolesti a také mateřská, rodičovská péče. Naopak potřeby, které nesouvisí s existencí jednotlivce, ale přesto mají významné postavení jsou potřeby psychické, sociální a duchovní. K potřebám psychickým patří například potřeba pomoci, péče, jistoty a bezpečí, dominance, úcty, uznání a také porozumění, lásky a štěstí, sebeúcty, zdokonalování, sebeuplatňování, učení a mnoho dalších. Naopak k potřebám sociálním patří potřeba sdružování, sociálního kontaktu, informovanosti, přátelství, respektování, seberealizace a řada dalších. A dále k duchovním potřebám patří potřeba smysluplnosti existence, smrti, utrpení, cílů života, náboženské svobody a náboženské tradice a opět řada dalších. (Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

Pro práci všeobecné sestry jsou nezbytné teoretické znalosti týkající se potřeb. Je to hlavně z toho důvodu, že jednotlivé potřeby napomáhají sestře v porozumění jedincům, o které právě pečuje. Společným zájmem nemocného i zdravotníků je návrat pacienta/klienta k původnímu zdraví. Pod pojmem potřeba je zdůrazněna jednota vnitřní s vnějším a okolním světem. Lidské potřeby nejsou neměnné, stále se vyvíjejí. Potřeby je možné uspokojovat různým způsobem a to jak žádoucím způsobem, tak i způsobem nežádoucím. Do žádoucích způsobů uspokojování potřeb řadíme hlavně ty, které neškodí nám, ale ani jiným lidem a také jsou ve shodě se sociálně - kulturními hodnotami individua a jsou samozřejmě uspokojovány v mezích zákona. Na druhé straně do nežádoucích způsobů uspokojování potřeb řadíme převážně ty, které mají alespoň jednu nebo více charakteristik. Velmi důležitou roli zde představuje spokojenost pacienta/klienta při poskytování ošetrovatelské péče, která by měla uspokojovat pacienta/klienta nebo případně uspokojovat jeho očekávání. Při ošetrování a léčbě nemocných se snažíme uspokojit potřeby nemocného, především pak u těžce nemocných pacientů/klientů, které jsou limitovány samotným onemocněním. (Dlasková 2009; Plevová a kol. 2011; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chybění něčeho, jehož odstranění je žádoucí. Potřeba pobízí k vyhledávání určité podmínky nezbytné k životu, popřípadě vede k vyhýbání se určité podmínce, která je pro život nepříznivá. Je něčím, co lidská bytost nutně potřebuje pro svůj život a vývoj. Prožívání nedostatku ovlivňuje veškerou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zcela zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce.“ (Trachtová a kol., 2006, s. 10)

Pojem potřeba lze charakterizovat tedy jako určitý nedostatek v sociálním životě jedince, ale také vyjadřuje určité nedostatky biologické. Jednotlivé potřeby jsou různě rozděleny a klasifikovány. Mezi naprosto nejznámější patří hierarchie potřeb podle Abrahama H. Maslowa. Tento americký psycholog žil v letech 1908 – 1970 a zorganizoval Společnost pro humanistickou psychologii a rovněž byl i jejím prezidentem. Podle něho jsou lidé motivováni hierarchickým systémem základních potřeb. Funkce jednotlivých potřeb se různě propojují a všechny potřeby s výjimkou té nejvyšší potřeby a to sebeaktualizace neboli seberealizace jsou podle Maslowa uspokojovány redukcí nedostatku stavu potřeby. Neuspokojitelnou potřebou je potřeba sebeaktualizace, u které dosažení cíle zintenzivňuje výchozí motivační stav. Je důležité,

aby došlo k uspokojení jednotlivých potřeb. Jedná se totiž o činnost, která způsobuje uvolnění napětí vyvolané danou potřebou. Řada faktorů ovlivňuje způsob uspokojování potřeb. K těmto faktorům patří individualita jedince. Každý jedinec má jiný způsob prožívání a následně uspokojování potřeb. Záleží na temperamentu osobnosti, individuální zvláštnosti citů a osobnostní charakteristice. K dalším faktorům patří kultura, ve které jsou pacienti/klienti zvyklí žít a dále vývojové stadium člověka. Dítě má jiné potřeby než dospělý člověk. Dalším důležitým aspektem je rodina, pak také onemocnění, které pacienta/klienta postihlo. Záleží na způsobu léčby a přítomnosti bolesti, také hospitalizaci a vážnosti omezení pohybu. (Dlasková 2009; Jirků a kol. 2006; Plevová a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

Maslowova hierarchie potřeb zahrnuje:

1. Potřeby fyziologické – sloužící k přežití. Jedná se o základní potřeby organismu, do kterých patří zejména potřeba výživy, pohybu a spánku.
2. Potřeba bezpečí a jistoty – každý člověk se potřebuje osvobodit od strachu a úzkosti a potřebuje důvěru a stabilitu.
3. Potřeba lásky a sounáležitosti – také nazývána potřebou afiliační. Tato potřeba se projevuje zejména v době opuštění, kdy člověk potřebuje být milován a milovat.
4. Potřeba uznání, sebeúcty a ocenění – kdy člověk touží po respektu druhých lidí nebo také po prestiži v určité sociální skupině.
5. Potřeba seberealizace a sebeaktualizace – zde jedinec hraje roli integrovaného a organizovaného celku a snaží se realizovat své záměry.

Potřeba seberealizace je tedy v Maslowově pyramidě potřeb úplně na vrcholu. To dokazuje, že podmínkou naplnění vyšších potřeb jsou naplněné potřeby nižší a na druhé straně vyšší potřeby mohou zase zasahovat do způsobu uspokojování potřeb nižších. A z tohoto důvodu není tedy jedno, jakým stylem všeobecná sestra uspokojuje potřeby výživy, vyprazdňování, spánku a být bez bolesti. Vše je nutno dělat s vědomím

toho, že pacient/klient má současně i potřebu přijetí, seberealizace a sebeúcty. (Heřmanová 2012; Kelnarová a kol. 2009; Trachtová a kol. 2006, Šamánková a kol. 2011) Obrázek v příloze číslo 3.

2.3.1 Potřeba dýchání

Potřeba dýchání je základní biologickou potřebou. Jelikož dýcháme automaticky, tak si proces uspokojování potřeby kyslíku neuvědomujeme. Role při ošetřování nemocného s porušeným dýcháním má velký význam. Všeobecná sestra může díky svému přístupu a znalostem problematiky dýchání výrazně napomoci pacientovi/klientovi s vyrovnáním se s daným stavem a také mu dopomoci ke zmírnění problémů. S potřebou dýchání je spojen příznak dušnosti, který je těžce nesen nemocným. Dušnost neboli dyspnoe vyjadřuje pocit nedostatku vzduchu, který je provázen zvýšeným dechovým úsilím. Příčinou dušnosti je celá řada, může se jednat například o nemoci plic, srdce, anemie, ale dušnost může být podmíněna i psychogenně. V každém případě dušnost velmi obtěžuje nemocného a to především pro svoji psychickou nadstavbu. Pacienta/klienta s dušností je třeba pravidelně monitorovat, také měřit jeho saturaci. Při nízké saturaci se dušným pacientům/klientům může zajistit přívod kyslíku. Metod k aplikaci kyslíku je celá řada. Pacienti/klienti mohou kyslík vdechovat z obličejové masky, která je ale pro mnoho nemocných nepříjemná a nebo kyslíkovými brýlemi. Dále lze přivést směs vzduchu a kyslíku hadicí až do prostoru přímo k ústům nemocného. Také existují ventilátory, které jsou další možností, jak pomoci pacientovi/klientovi s dýcháním. Tyto ventilátory užívají ventilační režimy na bázi neinvazivní ventilace. Pacienti/klienti na ventilátoru mají na obličeji speciální masku nebo mohou mít helmu upínající se pod pažemi nemocného. (Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

2.3.2 Potřeba výživy

Každý člověk je přímo závislý na každodenním příjmu potravy. Zdravá vyvážená strava by měla obsahovat šest základních složek a to sacharidy, bílkoviny, lipidy, vitaminy, minerální látky a současně vodu. První tři typy látek označujeme jako živiny. Potřeba jednotlivých látek se z hlediska energetického i z chemického různí a to především podle věku, fyziologického stavu a také případně druhu zaměstnání. Výživa je jedním z hlavních faktorů vnějšího prostředí, který se uplatňuje při vzniku, prevenci, ale také léčbě onemocnění. Považujeme ji tedy za základní potřebu člověka. Cílem výživy (nebo-li nutrice) je dodat tělu potřebné živiny, vodu a látky nezbytné k průběhu metabolismu, jakými jsou vitamíny a minerály. Pro potřebu výživy je v rámci příjmu nemocného nutné provést hodnocení stavu výživy podle základních screeningových tabulek a také zhodnotit stupeň soběstačnosti tedy sebepečí pacienta/klienta. Toto hodnocení by se mělo provádět obvykle jedenkrát týdně a hovoříme o tzv. nutričním screeningu. Možností nutričního screeningu je celá řada. (Kelarová a kol. 2009; Novotný 2006; Vytejšková a kol. 2011)

Nejčastěji užívaným typem nutričního screeningu je hodnotící systém Nutritional Risk Screening, který je určen dospělým hospitalizovaným pacientům/klientům a skládá se ze čtyř otázek:

- Je BMI (kg/m^2) pod 20,5?
- Zhubl pacient za poslední tři měsíce?
- Omezil pacient příjem stravy v posledním týdnu?
- Je pacient závažně nemocen?

Na každou z těchto čtyř otázek může pacient/klient odpovědět buď ano nebo ne. Jsou-li všechny odpovědi NE, je doporučeno hodnocení opakovat po jednom týdnu. Pokud je alespoň jedna z těchto odpovědí ANO, je vhodné zavolat nutričního terapeuta. (Kelarová a kol. 2009; Vytejšková a kol. 2011)

Při pobytu nemocného v nemocničním zařízení je samozřejmě nutné sledovat stav výživy, ale musíme hodnotit také vše, co může s výživou souviset. Zde je důležité sledovat, aby pacient/klient dodržoval předepsaný druh diety. Často se totiž stává, že příbuzní a návštěvy přinesou nemocnému nevhodné potraviny, které mohou pacientovi/klientovi po požití způsobit nežádoucí komplikace. Do pořeby výživy můžeme zařadit také potřebu tekutin. Pocit žízně je jeden ze základních fyziologických pocitů. Pocit žízně nás tedy vede k příjmu tekutin. Všeobecná sestra by tedy měla sledovat příjem tekutin a pacientovi/klientovi aktivně nabízet tekutiny, aby byla v dostatečné míře zajištěna jeho hydratace. (Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

2.3.3 Potřeba vyprazdňování

Vylučování tekutin a stolice patří k jedné ze základních biologických potřeb. Vylučování bývá často stresující, zejména pro mladé lidi, kteří se díky svému postižení ocitli v situaci, kdy musí náhle před cizí všeobecnou sestrou projevit svoji potřebu. Je velmi nutné při dodržování potřeby vylučování zajišťovat dostatečnou intimitu pacienta/klienta. Pacienti/klienti, kteří nejsou schopni chůze, ale mohou opustit s pomocí ošetrovatelského personálu lůžko, se mohou vyprazdňovat na pokojovém toaletním křesle. Všechny tyto křesly mají v sedadle otvor s víkem, pod kterým je umístěn kbelík z plastu, kovu či recyklovaného papíru. Je důležité, aby bylo toaletní křeslo umístěno přímo u lůžka nemocného a aby bylo toaletní křeslo zabrzděno. Pacienta/klienta necháme pohodlně vyprázdnit a zajistíme mu co nejvíce to lze souromí. Po vyprázdnění nemocnému pomůžeme s očištěním genitálu a okolí rektu. Další možností pro vyprázdnění pacienta/klienta je podložní místa, která slouží k vyprazdňování moči nebo stolice u ženy. Poté u muže slouží k zachycení stolice. Podložní misky mají různý tvar a velikost. V případě, že má pacient/klient zavedený PMK tedy permanentní močový katetr, což je pomůcka, která odvádí moč z močového měchýře do odvodného sáčku, který je pravidelně vypouštěn a také pravidelně vyměňován. U těchto

pacientů/klientů je nutné dbát o dostatečnou hygienu, která musí být obzvláště důkladná a to hlavně z toho důvodu, že cévka je zdrojem a především cestou přenosu infekčního onemocnění. Tuto pomůcku zavádí u žen všeobecná sestra, odborně specializované sestry zavádí cévku i u mužů. Ve většině případů je ale cévka u mužů zavedena lékařem s asistencí všeobecné sestry. Před provedením výkonu je vhodné nemocné důkladně informovat o postupu zavádění PMK a o možné bolestivosti a to zejména u mužů. (Jirků a kol. 2006; Kelnarová a kol. 2009; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006; Vytejšková a kol. 2011)

2.3.4 Potřeba spánku, odpočinku a aktivity

Podle Maslowovy teorie lidských potřeb je spánek potřebou základní, bez jejího uspokojení by lidský jedinec nebyl schopen odpovídající kvality své existence. Při hospitalizaci nemocného v nemocničním zařízení a v rámci ošetrovatelské péče je velmi důležité, aby byl kladen dostatečný důraz na uspokojování potřeby spánku a odpočinku. Při příjmu pacienta/klienta na oddělení a následnému sepisování ošetrovatelské anamnézy nás zajímá problematika spánku a to především průměrná délka spánku, dále jak často se pacient/klient během noci budí a jestli užívá nějaké léky na spaní. Také se dotazujeme nemocného na jeho zvyklosti, které provádí před spánkem. Především nás zajímají jeho současné změny a problémy související se spánkem. Díky Barthelově testu každodenních všedních činností určíme také míru závislosti na okolí pacienta/klienta při přijetí na oddělení a tím zjistíme i míru nutnosti dopomoci nemocnému do pohodlné polohy před spánkem. Tento test by se měl přehodnotit minimálně jedenkrát týdně. Všeobecná sestra by měla také dbát na to, aby byly omezeny rušivé elementy před zahájením spánku. (Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

Funkce spánku:

1. Zotavovací – spánek se skládá ze dvou fází REM a Non-REM. Při fázi non-REM spánku se tělo zotavuje, REM spánek regeneruje psychické funkce.
2. Behaviorální – kdy vlivem spánkové deprivace dojde ke změnám chování. (Trachtová a kol. 2006)

2.3.5 Potřeba sexuální

Sexuální poruchy jsou běžným důsledkem poúrazové transversální míšní léze. Sexuology vyhledávají muži nejčastěji ze dvou důvodů a to, jak zlepšit kvalitu erekce, dále jak realizovat pohlavní styk pro potěšení (jakým způsobem získat semeno a zlepšit kvalitu spermií). Sexuologická péče o ochrnuté pacienty/klienty je součástí komplexní péče. Muži i ženy po míšním poškození jsou schopni vyvíjet sexuální aktivitu, tím pádem mohou pokračovat ve svých předchozích partnerských vztazích nebo také navazovat vztahy nové. Po poranění míchy nastává sexuální dysfunkce muže a to buď erektilní dysfunkce, což je porucha funkce ztopoření penisu, kdy úraz míchy vede ke změnám sexuální apetence, také erektilní schopnosti a dosažení orgasmu. Tato porucha může být léčena perorálně moderní generací tablet inhibitorů PDE5 nebo injekčně intrakavernózně aplikovaným prostaglandinem E1 nebo se užívají podtlakové přístroje. Další sexuální dysfunkcí u mužů po poranění míchy je anejakulace (porucha funkce výronu semene). Pro ženaté muže je nejdůležitější většinou erektilní funkce, svobodní muži se ale často ptají, jestli budou moci mít ještě děti. Infertilita mužů s poúrazovou transversální míšní lézí má většinou dvě příčiny. První z nich je dysfunkce ejakulace. Druhou je poté špatná kvalita spermií. Pokud se tedy chtějí takto postižení muži stát biologickými otci je nutné ejakulát pacienta/klienta vybavit uměle a tím získané spermie použít k oplození oocytů ženy pomocí některé z metod asistované reprodukce. Sexuální dysfunkce žen po poranění míchy představuje ztrátu sexuální

apetence, poruchu vzrušivosti tedy lubrikace a poruchu organické schopnosti. Ve srovnání s muži vyžadují sexuální péči paraplegické pacientky/klientky méně často. Po úrazu míchy se objevuje obvykle do třech měsíců znovu menstruace. (Faltýnková a kol. 2004; Wendsche a kol. 2009)

2.3.6 Potřeba být bez bolesti

„Bolest provází člověka od nepaměti. V bolestech se rodíme, bolest nás vytrvale navštěvuje během života, v bolesti a s bolestí často umíráme.“ (Janáčková, 2007, s. 8)

Bolest může začít v době poranění a trvat několik měsíců, ale i roků. Práce všeobecné sestry s pacienty/klienty trpícími bolestí zahrnuje řadu aktivit, ke kterým patří v první řadě správné podávání léků proti bolesti podle ordinace lékaře. Dále přiměřená aktivizace pacienta/klienta, snaha o odpoutání pozornosti nemocného a také rozhovory s pacientem/klientem o bolesti. Rozhodujícím kritériem při hodnocení bolesti je sledování verbálních a neverbálních projevů souvisejících s bolestí. Hodnocení bolesti (eventuálně úlevy od bolesti při léčbě) je založeno na výpovědi nemocného. Používáme k tomu kategoriální nebo analogové stupnice, podle kterých pacient/klient označuje intenzitu a kvalitu vnímání bolesti. Nejvíce užívanou škálou na hodnocení bolesti je stupnice VAS (Vizuální analogová stupnice), která představuje úsečku, na jejímž jednom konci je bod 0, kdy je pacient/klient bez bolesti a na druhém konci je bod 10, který představuje pacienta/klienta s nejsilnější bolestí, kterou si nemocný vůbec může představit. Pacient/klient pak na úsečce označí místo, kde se podle něho mezi těmito krajními variantami nachází. (Faltýnková a kol. 2004; Heřmanová 2012; Janáčková 2007; Kolektiv autorů 2006; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

Bolest nejčastěji vzniká v souvislosti s akutním tkáňovým postižením, ale je také doprovázena velkým množstvím vzpomínek a to jak nevědomých paměťových záznamů z minulosti, tak i vědomých. Společně s bolestí přicházejí i emoční prožitky, do kterých patří deprese, pocit beznaděje, tíseň, strach, zklamání a v neposlední řadě i úzkost.

Každý z nás vnímá stejný bolestivý podnět jinak a tím pádem je i odlišná reakce na něj. Bolest se projevuje v oblasti biologické, psychologické i sociální. Mluvíme tedy o komplexním zážitku. To jak snášíme bolest souvisí s celou řadou vnějších a vnitřních faktorů, jedná se o zcela individuální záležitost. V souvislosti s bolestí je velmi důležité, jak velký význam nemocný bolesti přikládá. Obecně platí pravidlo, že na bolest, která nám je již známa a víme jakou má intenzitu, se člověk lépe adaptuje než na bolest pro nás úplně neznámou. Bolest je vždy subjektivní pocit. U pacientů/klientů je nutné pravidelně zaznamenávat stupeň a intenzitu bolesti, dále kvalitu a lokalitu bolesti, časovou dimenzi bolesti. Bolest, která působí dlouhodobě vyvolá u postiženého strach, obavy a úzkost. U pacientů/klientů trpících bolestí déle než půl roku je diagnostikována bolest chronická. Postižený pak mívá problémy i se spánkem, nemůže v noci spát, musí na bolest neustále myslet. Dalším typickým příznakem je podrážděnost a také snížení prahu bolestivosti. Může nastoupit až deprese, kdy dochází k poklesu serotoninu. Pacienti/klienti s depresí se často uzavírají do sebe, izolují se od společnosti a deprese poté vede ke změnám myšlení, nálady, sebeprojekce a s tím i spojené vnímání sebe samotného. Nejvíce si pacienti/klienti s chronickou bolestí stěžují na výrazně zvýšenou iritabilitu, tedy podrážděnost a poruchy spánku. (Janáčková 2007; Kolektiv autorů 2006; Plevová a kol. 2011; Šamánková a kol. 2011)

2.3.7 Psychická potřeba bezpečí a jistoty

V Maslowově pyramidě potřeb je potřeba bezpečí a jistoty druhou úrovní. Pro každého člověka je velmi důležitá potřeba být v bezpečí. V nemocničním zařízení však tato potřeba nabývá zcela jiných rozměrů. Aby se pacienti/klienti cítili v bezpečí je třeba, aby správně chápali situaci, ve které se právě ocitli. Také je nutné, aby pacienti/klienti znali prostředí, ve kterém se nacházejí a osoby, které se o ně budou starat. Na prvním místě zde tedy hraje roli komunikace a to mezi ošetřujícím personálem a pacientem/klientem. Je také nutné, abychom nemocnému zajistili

odpovědi na jeho případné otázky. Pacient/klient se poté uklidní a bude se cítit spíše v bezpečí, než kdyby nebyl informován vůbec nebo pouze částečně. (Novotná 2007; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

2.4 Potřeba hygieny a intimity pacienta/klienta

Potřeba hygieny a čistoty těla

Již nejznámější anglická ošetrovatelka Florence Nightingale popsala ve své publikaci *Poznámky z ošetrovatelství* v kapitole Čistota těla právě hygienickou péči. Popisuje zde důležitost větrání jako součást hygienické péče a čistotu těla zaměřuje výhradně na péči o kůži. Zde říká: „*Ošetrovatelka nesmí odkládat aneb zanedbávat čistotu těla svěřence svého, domnívající se, že chorý nezíská tím (umytím) více než trochu úlevy.*“ (Vytejšková a kol., 2011, s. 128)

Hygiena je soubor pravidel a postupů potřebných k podpoře a ochraně zdraví. Péče o tělesnou čistotu zahrnuje aktivity, které vedou k uspokojování lidských potřeb. Vypovídají také mnohé o duševním světě člověka, o jeho náladě, nespokojenosti, spokojenosti, ale také o jeho psychických vlastnostech. Lidé s neupraveným zevnějškem většinou signalizují duševní nepohodu a také nízkou sebeúctu. Potřeba čistoty se vytváří od nejútlejšího věku v podobě hygienických návyků, které jsou učeny převážně rodiči. Každý člověk má potřebu hygieny vyjádřenou různě. To, co pro jednoho člověka je standard, může jiný člověk považovat za nedostačující nebo naopak za přehnané. Potřeba osobní hygieny je velmi individuální. Pokud mluvíme o osobní hygieně, jedná se o péči o sebe samotného, díky ní si člověk udržuje zdraví a chrání se proti nemocem. Osobní hygiena se podílí na vytváření mezilidských vztahů, mezilidské komunikaci. Je ovlivněna především kulturními, sociálními a rodinnými faktory. Pro většinu lidí je základním předpokladem pro pocit osobní pohody čistota, a tím zasahuje, stejně jako spánek nebo výživa, do oblasti duševních

potřeb. V neposlední řadě má hygiena význam ošetrovatelský, ve kterém hraje důležitou roli intimní přístup k pacientovi/klientovi. Všímáme si i celkového stavu a vzhledu pacientovy kůže, změny barvy kůže, změn pigmentace, napětí kůže, krevních výronů, kožních exantémů, lézí, otlaků, opruzenin, névů, akné a jizev, dále stavu pocení a stavu přídatných kožních orgánů, hodnocení soběstačnosti a pohyblivosti. (Jirků a kol. 2006; Kelnarová a kol. 2009; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006; Vytejšková a kol. 2011)

U hospitalizovaného pacienta/klienta vychází hygienická péče z pravidel, které denně člověk při dodržování hygieny vykonává ve svém domácím prostředí. Do vnějších znaků kvalitní hygieny řadíme obvykle nepřítomnost nějaké viditelné špíny nebo zápachu. Během hospitalizace se mohou i výrazně měnit postupy hygienické péče v závislosti na zdravotním stavu, respektive míře soběstačnosti pacienta/klienta. Potřebu hygieny lze definovat ve třech rovinách, v některých zdrojích uvádějí roviny čtyři. První rovinou je rovina biologická, která udržuje kůži v dobrém stavu, zde se klade důraz na hygienickou péči, která podporuje čistotu a také odstraňuje mikroorganismy a různé sekrety z těla člověka. Také nesmíme opomenout, že další funkcí hygieny je obrana vzniku infekcí, také následných možných komplikací, jako je eliminace nežádoucího zápachu. Další rovinou je rovina psychologická, která má za úkol navozovat u jednotlivce především pozitivní emoce a pocity spokojenosti a pohody. Také napomáhá příjemnému uvolnění a celkové relaxaci. Do této roviny můžeme zařadit i fakt, že od určitého stupně vývoje lze děti nenásilnou formou učit správným hygienickým návykům. Třetí rovinou je rovina sociální, která má za úkol vytvářet příjemné prostředí a je důležitým předpokladem pro vznik pozitivních mezilidských vztahů. Celková úprava zevnějšku je zpravidla ukazatelem společenské úrovně a podílí se na mezilidské komunikaci. Čtvrtou a to poslední rovinou, která v některých zdrojích není uvedena vůbec je rovina duchovní neboli spirituální. Do této roviny lze zařadit fakt, že hygiena je ve většině náboženství ukotvena jako takzvaná očista. A to konkrétně očista těla i ducha. (Jirků a kol. 2006; Trachtová a kol. 2006; Vytejšková a kol. 2011)

Nároky člověka na hygienickou péči jsou většinou pozměněny nemocí, která mění způsob uspokojování potřeby hygieny. Zde rozhodně důležitou roli hraje míra omezení pohyblivosti a také ztráta soběstačnosti pacienta/klienta. Ta totiž určuje jakým způsobem bude u jedince hygienická péče prováděna. Celkovou koupel je nutné

provádět každý den. Záleží na aktuálním zdravotním stavu nemocného, kde a jakým způsobem se bude hygiena provádět. U nesoběstačných pacientů/klientů je nutné provádět hygienu na lůžku nebo v mobilní vaně. Vždy je nutné při hygieně sledovat stav kůže pacienta/klienta. Do celkové hygieny patří i hygiena o dutinu ústní. Většina nesoběstačných pacientů/klientů hygienu o dutinu ústní samo nezvládne, proto je nutné pacientovi/klientovi dopomoci. Dalším důležitým aspektem v hygienické péči je péče o vlasy a nehty a to jak na rukou, tak péče o nehty na nohou. Dále udržujeme pacienta/klienta neustále v čistotě a suchu, aby nedošlo k případným opruzeninám genitálií. Proto používáme různé ochranné krémy v prevenci proti opruzeninám. Současně používáme vždy při každé činnosti s pacientem/klientem jednorázové ochranné pomůcky a při hygieně žínky a ručníky na jedno použití. Vždy musíme dbát na intimitu pacienta/klienta, která je z profesního hlediska velmi důležitá. Intimita pacientů/klientů je často opomínána. Je důležité nezapomenout zaznamenat vše do ošetrovatelské dokumentace. (Jirků a kol. 2006; Vytejšková a kol. 2011)

V rámci ošetrovatelské péče se nejvíce musíme zaměřit na pacienty/klienty, kteří jsou nesoběstační či částečně soběstační nebo dokonce trvale upoutaní na lůžku. Soběstační a chodící pacienti/klienti si potřebu hygieny plní v nemocničním zařízení sami podle svých zvyků a kdy zrovna potřebují. Zde pomoc všeobecné sestry nebo zdravotního asistenta či jiného člena ošetrovatelského týmu není potřeba. U hygienické péče částečně soběstačného pacienta/klienta, který je schopen s pomocí ošetrovatelského personálu provést hygienickou péči je důležité, abychom pacientovi/klientovi dopomohli s přepravou do sprchy. Také je nutné mu připravit na dosah všechny potřebné pomůcky k mytí a také je-li to možné podporovat pacienta/klienta v získávání soběstačnosti. Pokud se jedná o hygienickou péči nesoběstačného pacienta/klienta, tak mytí celého těla na lůžku může nahradit sprchování či koupel v mobilní vaně a to u pacientů/klientů, kteří nemohou opustit lůžko vůbec. Hygiena se provádí podle potřeby, nejméně však jednou denně. Na spinálních jednotkách se provádí hygiena v koupelně, kdy pacient/klient je přesunut pomocí speciálního zařízení pro imobilní pacienty/klienty do mobilní vany a po hygieně je pacient/klient převezen na čistě převlečené lůžko. V případě koupele pacienta/klienta se nejedná pouze o hygienickou péči, je to úkon, který má velkou hodnotu a význam pro pohodlí pacienta/klienta. Musíme též dávat pozor na to, jakou vodou

pacienta/klienta omýváme, aby byla voda dostatečně teplá. Dále používáme různá mýdla a krémy podle přání pacienta/klienta a to pro zvýšení jeho pohodlí a navození pozitivních emocí či následné relaxace. V nemocničním zařízení se pacienti/klienti koupou, respektive jsou koupani zpravidla ráno, v průběhu dne poté dle potřeby. Poskytovanou péčí je možné přizpůsobit individuálním potřebám a požadavkům pacienta/klienta. O tom, kdy se bude hygiena provádět může s přihlédnutím ke zdravotnímu stavu pacienta/klienta nebo harmonogramu oddělení rozhodovat sama všeobecná sestra. (Faltýnková a kol. 2004; Kelnarová a kol. 2009; Trachtová a kol. 2006)

Hygienická péče kromě ranního mytí a celkové koupele zahrnuje péči o dutinu ústní a čištění zubů, péči o vlasy a česání vlasů, dále stříhání nehtů a to na rukou i na nohou. Pak také čištění uší, hygienu a péči o intimní partie, hygienické vyprazdňování, prevenci a ošetření opruzenin a případných proleženin. V neposlední řadě péči o čisté osobní a ložní prádlo. (Trachtová a kol. 2006)

.

2.4.1 Péče o hygienu dutiny ústní

Péče o dutinu ústní je jednou ze základních činností všeobecných sester. Zuby vyžadují zvláštní péči a je potřeba je alespoň dvakrát denně pravidelně čistit. Některá zdravotnická zařízení nabízejí svým pacientům/klientům služby dentální hygienistky. Tuto službu může taktním chováním doporučit sestra, která zjistí u hospitalizovaného pacienta/klienta deficit v oblasti péče a hygieny o dutinu ústní. Nemocným pacientům/klientům, kteří nejsou schopni si čistit zuby sami, čistí zuby všeobecná sestra. Vždy před zahájením této činnosti by si měl ošetřující personál dostatečně umýt ruce, obléknout ochranné rukavice. Dále dle potřeby užijeme ústenku, která potlačí nepříjemný zápach z úst, neboť při tomto výkonu jsme tváří v tvář pacientovi/klientovi. Pokud nám to lůžko umožní, nastavíme si jeho vhodnou výšku a k nemocnému se posadíme na židli. Vždy při čištění zubů musí všeobecná sestra postupovat opatrně,

zvolit přiměřený tlak na kartáček a vyzývat a motivovat pacienta/klienta ke spolupráci. Při čištění zubů vedeme zubní kartáček směrem od dásní ke špičkám zubů. Pohyby vedeme, jako kdybychom stírali tímto směrem zubní povlak. Je nutné, aby byly vyčištěny všechny plošky zubů. Na oblasti, které jsou klasickým kartáčkem hůře dosažitelné, lze užít kartáček mezizubní nebo jednosvazkový. Po dokončení čištění zubů zkontrolujeme, zda má nemocný dobře vypláchnuto a zda mu nezůstala v ústech zubní pasta. Nemocnému poté dle potřeby můžeme natřít ústa balzámem či Boraxglycerinem. Na závěr upravíme polohu nemocného a uklidíme všechny pomůcky. Zvláštní péči o dutinu ústní provádíme poté u pacientů/klientů v bezvědomí, po operaci či úrazu v ústech a také u hematologických nemocných, kteří trpí stomatitidou. (Novotný 2006; Šamánková a kol. 2011; Vytečková a kol. 2011)

Zvláštní péči představuje péče o zubní protézu, na kterou se ptáme nemocného již při přijetí do nemocničního zařízení a to v rámci ošetřovatelské anamnézy. Pokud pacient/klient přijde do nemocničního zařízení se zubní protézou, musíme tuto skutečnost zaznamenat do dokladu o úschovně osobních věcí pacienta/klienta a často ji řadíme mezi cennosti. Protézu ukládáme v případě, že ji nemocný nemůže mít v ústech do speciálních nádobek s víčkem a antiseptickým roztokem, který slouží k ukládání zubních protéz na stolečku nemocného. Zubní protézu za žádných okolností nebalíme do kapesníku či buničiny, protože by mohla být mylně vyhozena do odpadu. Zubní protézu lze zabalit do mulového čtverce. (Kelarová a kol. 2009; Šamánková a kol. 2011; Vytečková a kol. 2011)

Zuby se musí čistit i intubovaným pacientům/klientům, tato technika ale vyžaduje asistenci druhé sestry. Dále je třeba vytírat dutinu ústní tyčinkami, které jsou určeny k ústní hygieně popřípadě štětičkami nebo tamponky namočenými v tekutině, která je určena k hygieně úst. Cílem péče o dutinu ústní je vyčistit ústa od hlenu či jiných nečistot. Hygienu dutiny ústní provádíme v nejlepším případě po každém jídle, nejméně však dvakrát denně a to ráno a večer před uložením pacienta/klienta ke spánku. (Novotný 2006; Šamánková a kol. 2011)

2.4.2 Péče o vlasy a uši

Česání vlasů je součástí každodenní ranní hygieny. Ideální poloha pro česání vlasů je vsedě. Na spinálních jednotkách se ale někteří pacienti/klienti nejsou schopni posadit a musíme si poradit i v takovém případě, kdy hlavu podložíme ručníkem nebo rouškou na jedno použití a opatrně rozčesáváme hřebenem prameny vlasů nemocného. Pokud má nemocný vlasy dlouhé, je vhodné je splést do copu nebo copánků a nechat je volně ležet podél hlavy. Pokud pacient/klient nemá svůj vlastní hřeben, použijeme hřeben ústavní, který po dokončení česání musíme důkladně odezinfikovat. Mytí vlasů se provádí minimálně jedenkrát za týden nebo dle potřeby a přání nemocného. Nesmíme zapomínat také na čištění uší v rámci celkové hygieny. (Kelnarová a kol. 2009; Vytejšková a kol. 2011)

2.4.3 Péče o nehty na rukou i na nohou

Péče o nehty je nezbytnou součástí hygienické péče o nemocného. Úprava či čistota nehtů patří do komplexní hygienické péče. Soběstačný pacient/klient si zpravidla pečuje o nehty sám a mívá i vlastní pomůcky potřebné k péči o nehty. Nesoběstačným pacientům/klientům poté pečuje o nehty ošetřující personál, kdy nehty na rukou se stříhají do obloučku zpravidla jedenkrát týdně a nehty na nohou se zastřihují rovně jedenkrát za 14 dní. (Kelnarová a kol. 2009; Vytejšková a kol. 2011)

2.5 Ošetrovatelský proces v oblasti naplnění lidských potřeb

Abychom správně naplnili lidské potřeby je třeba využít techniku ošetrovatelského procesu. Ošetrovatelský proces je účinnou metodou, která usnadňuje klinické rozhodování a řešení problémových situací v nemocničním zařízení. Tím je myslen způsob profesionálního uvažování všeobecné sestry o nemocném a také o jeho individuální problematice. Ošetrovatelský proces o nemocného přistupuje ke komplexní péči systematicky a je založen především na partnerském vztahu mezi všeobecnou sestrou a pacientem/klientem a samozřejmě také na aktivní ošetrovatelské péči poskytované zdravotnickým a ošetrujícím personálem. Z tohoto důvodu je vhodné využívat techniku ošetrovatelského procesu v naplňování lidských potřeb. Díky jednotlivým krokům ošetrovatelského procesu lze vytvořit strukturu, podle které lze bezpečně postupovat při poskytování ošetrovatelské péče pacientům/klientům. Prvním krokem ošetrovatelského procesu je systematicky shromáždit všechny údaje, které se týkají pacienta/klienta a jeho problémů. K tomu můžeme využít také metodu pozorování. Druhým krokem je rozpoznat dané problémy nemocného a analyzovat data. Třetím krokem je plánování, kdy si klademe cíle a volíme správné řešení. Čtvrtým krokem je realizace a tedy snaha o uskutečnění předem naplánovaných cílů. Posledním krokem je pak zhodnocení, kdy posuzujeme účinnost daného plánu, popřípadě přichází na řadu změna plánu, na základě aktuálních potřeb pacienta/klienta. Zde bych ráda uvedla zkušenost z mé stáže v Belgii, kde je ošetrovatelský proces chápán a využíván ve stejném smyslu jako v naší zemi. Zde rozdílnost spočívá v tom, že v Belgii je oproti našemu systému skupinové péče, systém skupinový organizační, který je považován za systém pokojový, což znamená systém, kdy není péče poskytována ošetrovatelským procesem, ale je zaměřena na skupinu nemocných na určité části oddělení. Všeobecné sestry pak nestanovují v Belgii problém pacienta/klienta v plném rozsahu, pouze jej identifikují. Dále jsou odlišnosti i v ošetrovatelském dokumentačním systému v Belgii. (Jirků a kol. 2006; Kelnarová a kol. 2009; Kutnohorská a kol. 2009; Šamánková a kol. 2011; Trachtová a kol. 2006)

2.6 Komunikace s pacienty/klienty s pohybovým postižením

Termín komunikace je velmi široký pojem. Do obecných zásad komunikace s lidmi s postižením patří zejména aktivní a pozorné naslouchání. Dále všeobecná sestra musí respektovat dorozumívací možnosti pacienta/klienta a také jeho schopnosti přizpůsobit se komunikační situaci. Pro správnou komunikaci je důležité přijímat druhého jako rovnocenného partnera. (Mikuláščík 2010)

U pacientů/klientů dlouhodobě hospitalizovaných je zvláště důležitá komunikace mezi pacientem/klientem a sestrou. Dané tělesné postižení většinou nedělá problémy co se týče verbální komunikace, nastává poté spíše problém, jak takovému pacientovi/klientovi nabídnout fyzickou pomoc. Přístup k lidem s jakýmkoliv tělesným postižením by měl být v první řadě empatický, ale také citlivý. Tito pacienti/klienti nechtějí být objektem soucitu okolí, ale chtějí být považováni za rovnocenné partnery. Proto především tyto pacienty/klienty nelitujeme, protože řada nemocných to považuje za ponižující a skličující. Je důležité před začátkem komunikace s pacientem/klientem zjistit rozsah jeho postižení a s tím i spojená omezení v komunikaci. Dále je důležité pozorně vnímat všechny potřeby pacienta/klienta s pohybovým postižením, nabídnout mu také včas pomoc, ale rozhodně ji nevnucovat. Dále předpokládáme, že pacient/klient má normální inteligenci (jeho tělesné postižení totiž není automaticky spojeno s postižením intelektu a smyslů). Pokud komunikujeme s pacientem/klientem na vozíku je vhodné se fyzicky snížit, abychom byli ve stejné zrakové úrovni s pacientem/klientem. V případě, že se pacient/klient vyjadřuje obtížněji, ponecháme mu dostatek času k formulaci sdělení, pozorně mu nasloucháme a ověřujeme si správnost pochopení sdělení. Při komunikaci s pacientem/klientem je také nutné dodržovat profesionální jednání a to jak z hlediska tolerance, tak i úcty a porozumění. V případě nutnosti využíváme doplňující nebo náhradní způsoby komunikace jakými jsou obrázky, gesta nebo písemná sdělení, která mají za cíl se dorozumět s pacientem/klientem. (Kutnohorská 2007; Plevová a kol. 2011)

Důležitou roli při komunikaci s nemocným hraje také naslouchání a poslouchání zájmů pacienta/klienta. Opravdové naslouchání vyžaduje velké úsilí, protože zde působí řada rozptylujících faktorů a to jak vnějších, tak i vnitřních. Pro zaujmutí správného

postoje k poslouchání je důležité, abychom vnímali vše, co je nám prezentováno. Je třeba také zvýšit pozornost při zrychleném tempu řeči nemocného. A důležitou roli zde představuje i sledování neverbálních stimulů a dovednost naslouchat pacientům/klientům. Zde všeobecná sestra hraje velmi důležitou roli a to z toho důvodu, že by měla být schopna empatie tedy vcítění se do pocitů druhého. Empatie je tedy jedna z komunikačních zručností sestry. Pokud mluvíme o empatii, jedná se o velmi složitý psychologický zážitek, na který působí řada procesů, které se ve vědomí nemusí odrážet. Aby byl člověk schopen empatie, hraje zde důležitou roli vývojová úroveň osobnosti, také množství zážitků a vztahů, které jedince do jisté míry ovlivňují. Tato vlastnost se v průběhu života mění. Hovoříme – li o empatii, jedná se tedy o nejlepší způsob, jak porozumět druhému člověku, naslouchat jeho pocitům, být schopen správné reakce a poskytnutí vhodné zpětné vazby. Jedná se o poslouchání nejen ušima, ale také očima a srdcem. Základem empatie je správně zacházet s emocemi a umět se emocionálně ztotožnit a to nejen cítěním, ale i viděním a chápáním jiné osoby. Všeobecné sestře schopnost empatie umožňuje vnímat vnitřní svět pacienta/klienta, také sledovat jeho současnou situaci, jeho potřeby a snažit se nahlížet na problémy z jeho pohledu. Všeobecná sestra, která je schopná empatie, poskytuje pacientovi/klientovi pocit bezpečí a jistoty a to je základem úspěšné ošetrovatelské péče. (Kutnohorská 2007; Mikuláščík 2010; Plevová a kol. 2011)

3 Výzkumná část

Ve výzkumné části jsem se zaměřila na to, jak je prováděna celková koupel na jednotlivých sledovaných pracovištích. Dále jsem se zaměřila na skutečnost, jak paraplegičtí a tetraplegičtí pacienti/klienti vnímají svoji závislost na pomoci druhých při provádění hygieny. A zda je při provádění hygieny dostatečně dodržována intimita pacientů/klientů.

3.1 Cíle práce a hypotézy

Cíle práce

- 1.: Zmapovat, zda je celková koupel prováděna na sledovaných pracovištích ve shodném režimu.
- 2.: Zjistit, zda pacienti celkovou koupel vnímají pozitivně.
- 3.: Zjistit, zda je při provádění hygieny zajištěna intimita pacienta.

Hypotézy práce

1. Předpokládáme, že celková koupel je prováděna na sledovaných pracovištích shodně.
2. Předpokládáme, že paraplegičtí pacienti vnímají závislost při provádění hygieny negativně.
3. Domníváme se, že tetraplegičtí pacienti vnímají celkovou koupel pozitivně.
4. Předpokládáme, že je vždy při provádění hygieny dodržována intimita pacienta.

3.2 Metodika výzkumu

Pro svůj kvantitativní výzkum jsem zvolila metodu dotazníkového šetření. Pro provedení výzkumného šetření jsem se svojí vedoucí práce zvolila nemocnice, ve kterých jsou hospitalizováni paraplegičtí nebo tetraplegičtí pacienti/klienti. S vedoucí mé bakalářské práce jsme tak učinily proto, že zde jsou hospitalizováni nesoběstační pacienti/klienti zcela nebo téměř zcela závislí na ošetrovatelském personálu. A provádění hygieny zde patří k základním činnostem i v prevenci vzniku dekubitů a imobilizačního syndromu. Zvolily jsme 4 nemocnice v České republice. Patřily k nim Krajská nemocnice Liberec, a.s.. Další nemocnicí, kterou jsem oslovila byla Fakultní nemocnice Brno (dále jen FN Brno). Zde jsem prováděla své dotazníkové šetření na Klinice úrazové chirurgie, jejíž součástí je spinální jednotka. Třetí oslovenou nemocnicí byla Fakultní nemocnice v Motole v Praze (dále jen FN Motol). Čtvrtou tedy poslední oslovenou nemocnicí byla Fakultní nemocnice Ostrava (dále jen FN Ostrava). Dotazníkové šetření proběhlo bez jakýchkoliv komplikací. Dotazníky byly vždy distribuovány paraplegickým nebo tetraplegickým pacientům/klientům, kteří mají díky svému poškození páteře buď částečně nebo úplně omezenou soběstačnost. Postup probíhal tak, že společně s všeobecnými sestrami z jednotlivých výše uvedených nemocnic jsem oslovovala tyto pacienty/klienty a požádala je o vyplnění mého dotazníku. Většina respondentů k tomu vždy přistupovala kladně a dotazník s laskavostí vyplnila. Tímto způsobem jsem postupovala ve všech čtyřech nemocnicích a celkem se mi od respondentů vrátilo 62 dotazníků.

Během provádění praktického výzkumu na Klinice úrazové chirurgie FN Brno jsem zpracovala 14 dotazníků. Poté na Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol Praha jsem zpracovala celkem 10 dotazníků. Dále na neurochirurgické klinice v FN Ostrava bylo zpracováno celkem 12 dotazníků. V neposlední řadě na Spinální jednotce v Krajské nemocnici Liberec, a.s. bylo celkem rozdáno 30 dotazníků a z toho mi bylo zpět od respondentů vráceno 26 dotazníků. Celkem tedy ze všech čtyř nemocnic mi bylo vráceno 62 dotazníků. Po ukončení dotazníkového šetření následovalo sečtení odpovědí jednotlivých otázek a to ze všech čtyř nemocnic, čímž jsem získala absolutní četnost jednotlivých odpovědí. Z této

hodnoty byla následně vypočítána relativní četnost, ve které jsou všechny procentní hodnoty zaokrouhleny na dvě desetinná místa. Všechny získané hodnoty jsem pomocí programu Microsoft Office Excel zaznamenala do tabulek a ke každé tabulce jsem pro přehlednost vytvořila graf.

Dotazník byl sestaven z 21 otázek, z toho 19 otázek bylo uzavřených s výběrem pouze jedné správné odpovědi. Respondenti měli na výběr ze 2 - 4 možných odpovědí. Pouze v otázce číslo 6 je na výběr z 5 možných odpovědí. A dále otázky číslo 2 a 4 byly otevřené, tedy požadující od respondenta volnou odpověď. Na začátku dotazníku respondenti vyplnili statistické údaje, které slouží ke zmapování okruhu dotazovaných. Byly po nich požadovány údaje o pohlaví, věku, nejvýše dosaženého vzdělání a doby od prodělaného úrazu.

První stanovený cíl a tedy i první hypotéza se ověřovala v otázkách číslo 8, 9, 10. Druhý stanovený cíl a k němu odpovídající druhá a třetí hypotéza prošetřovaly otázky číslo 7, 13, 14, 15, 16, 17 a 18. Poslední stanovený cíl a čtvrtou hypotézu ověřovaly otázky číslo 19, 20 a 21. Aby nevznikaly žádné komplikace při vyplňování dotazníků respondenty, byl při návrhu dotazníku především kladen důraz na to, aby otázky v něm byly co nejsrozumitelnější a aby nedošlo ke vzniku komplikací s interpretací otázek.

3.3 Charakteristika výzkumného vzorku

Celkem bylo rozdaných 75 dotazníků, přičemž zpět mi bylo vráceno 62 kompletně vyplněných dotazníků. Těchto 62 dotazníků tvořilo výzkumný vzorek pro následné zpracování dat. Jednalo se o paraplegické a tetraplegické pacienty/klienty. Všichni tito pacienti/klienti jsou dlouhodobě hospitalizováni na spinálních jednotkách, mají různý typ poškození páteře a tím i omezení pohyblivosti a snížení či ztrátu soběstačnosti. Největší skupinou, kterou tvoří 29 respondentů má poškození v oblasti páteře krční. Poté 17 respondentů má poškození v oblasti hrudní páteře a 16

respondentů v oblasti páteře bederní. Volila jsem právě tyto respondenty, protože právě u těchto pacientů/klientů je velmi nutná ošetrovatelská péče a to se zaměřením na všechny biologické potřeby pacienta/klienta. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 46 mužů a 16 žen v různých věkových skupinách. Nejpočetnější skupinu, kterou tvoří 29 respondentů bylo v době výzkumu 21 – 40 let. Druhou nejvíce zastoupenou skupinu s celkem 19 respondenty představovali pacienti/klienti ve věkovém rozmezí 41 – 60 let. Dále nejpočetnější skupina a to 30 respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné a pouze 8 respondentů má vysokoškolské vzdělání. Dále 21 respondentů žije se svým poškozením v rozmezí 5 týdnů až 4 měsíců. Jednalo se o pacienty/klienty, kteří v období od listopadu 2013 do konce února 2014 byli hospitalizováni na jednotlivých výše zmiňovaných odděleních v Krajské nemocnici Liberec, a.s., FN Motol Praha, FN Brno nebo FN Ostrava.

3.4 Výsledky výzkumu a jeho analýza

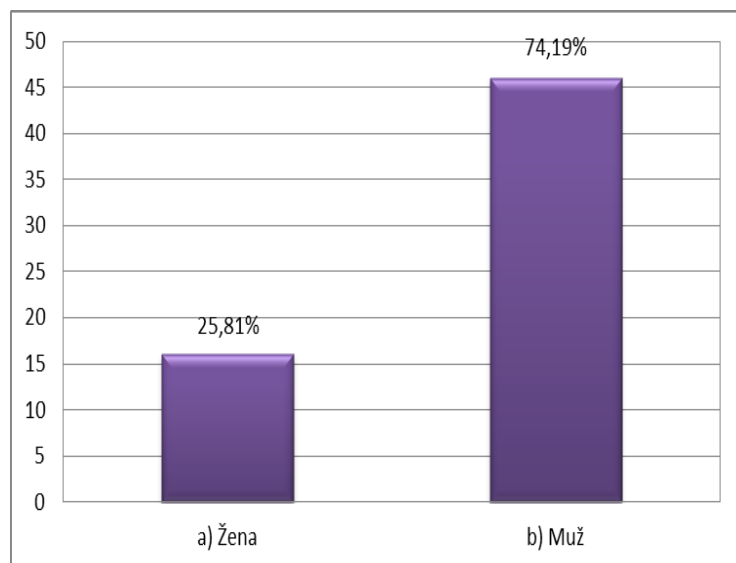
V následujícím textu jsou jednotlivé otázky dotazníkového šetření zpracovány. Pro lepší přehlednost zaznamenány do tabulek s jednotlivými odpověďmi, absolutní, relativní četností a do grafů. Pod každým grafem je přiřazen také komentář s výsledným hodnocením.

Otázka číslo 1: Pohlaví respondentů

- a) Žena
- b) Muž

Tabulka č. 1, Pohlaví respondentů

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Žena	16	25,81%
b) Muž	46	74,19%
Celkový součet	62	100,00%



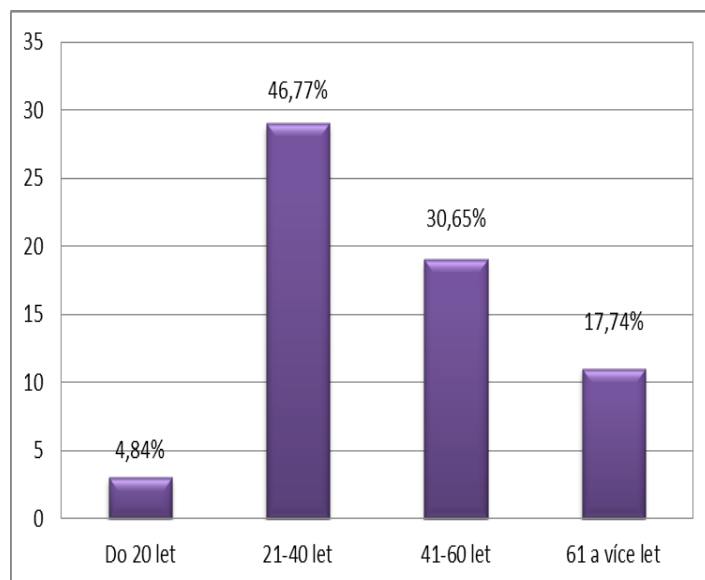
Graf č. 1, Pohlaví respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů z tohoto počtu bylo 46 mužů (74,19%) a 16 žen (25,81%).

Otázka číslo 2: Věk respondentů

Tabulka č. 2, Věk respondentů

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 20 let	3	4,84%
21-40 let	29	46,77%
41-60 let	19	30,65%
61 a více let	11	17,74%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 2, Věk respondentů

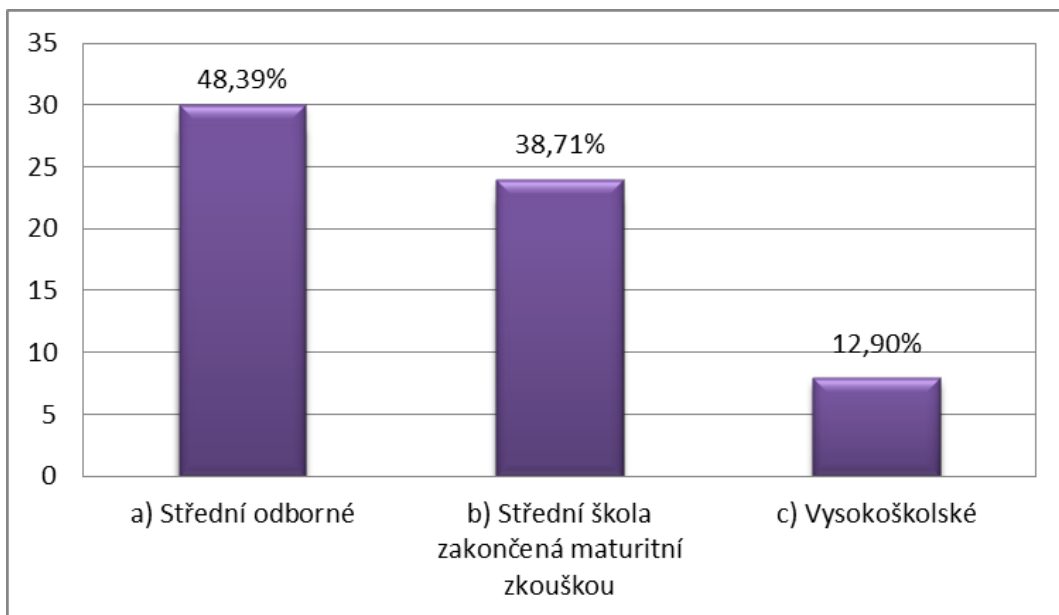
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů z toho 3 pacienti (4,84%), kteří byli ve věku do 20 let. Nejpočetnější skupinu oslovených respondentů tvořilo 29 pacientů (46,77%) ve věkovém rozmezí 21 - 40 let. Dotazníkového šetření se zúčastnilo také 19 pacientů (30,65%) v rozmezí 41 - 60 let a 11 pacientům (17,74%) bylo více než 61 let.

Otázka číslo 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

- a) Střední odborné
- b) Střední škola zakončená maturitní zkouškou
- c) Vysokoškolské

Tabulka č. 3, Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Střední odborné	30	48,39%
b) Střední škola zakončená maturitní zkouškou	24	38,71%
c) Vysokoškolské	8	12,90%
Celkový součet	62	100,00%



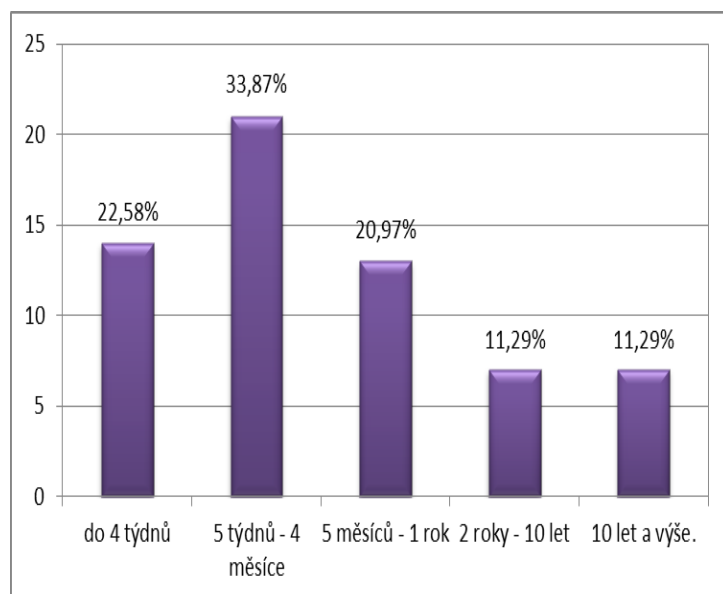
Graf č. 3, Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů a z tohoto počtu 30 respondentů (48,39%) má nejvyšší dosažené vzdělání střední odborné, 24 respondentů (38,71%) vystudovalo střední školu zakončenou maturitní zkouškou. Dále 8 respondentů (12,90%) má vysokoškolské vzdělání.

Otázka číslo 4: Doba od prodělání úrazu (měsíc, rok)

Tabulka č. 4, Doba od prodělání úrazu

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
do 4 týdnů	14	22,58%
5 týdnů - 4 měsíce	21	33,87%
5 měsíců - 1 rok	13	20,97%
2 roky - 10 let	7	11,29%
10 let a výše.	7	11,29%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 4, Doba od prodělání úrazu

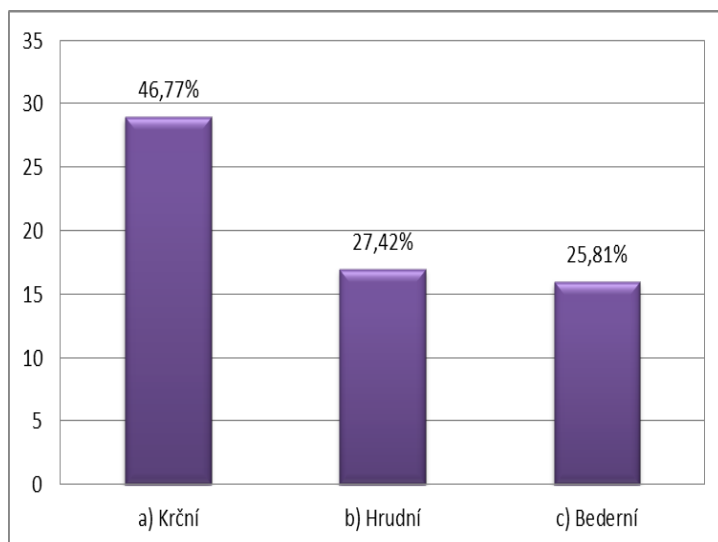
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z tohoto počtu v rozmezí do 4 týdnů po poranění páteře žije 14 respondentů (22,58%), což je nejkratší interval po zranění. Dalších 21 respondentů (33,87%) žije se svým zraněním v rozmezí 5 týdnů – 4 měsíce. Dále 13 respondentů (20,97%), kteří žijí se svým zraněním v rozmezí od 5 měsíců do 1 roku. A 7 respondentů (11,29%) žije se svým zraněním v rozmezí 2 – 10 let. Dalších také 7 respondentů (11,29%) představuje skupinu pacientů/klientů, kteří žijí se svým zraněním již 10 let a výše.

Otázka číslo 5: Lokalita poškození v oblasti páteře

- a) Krční
- b) Hrudní
- c) Bederní

Tabulka č. 5, Lokalita poškození v oblasti páteře

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Krční	29	46,77%
b) Hrudní	17	27,42%
c) Bederní	16	25,81%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 5, Lokalita poškození v oblasti páteře

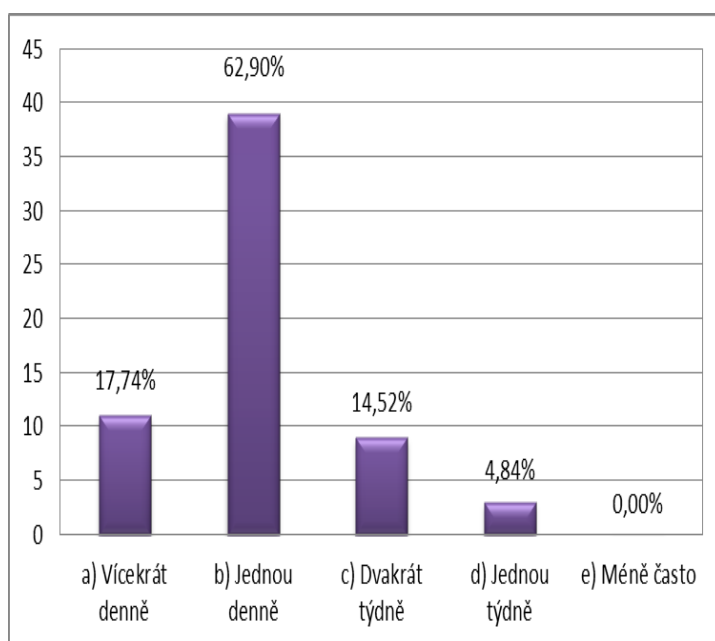
Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 62 respondentů. Nejvíce dotazovaných a to 29 respondentů (46,77%) má poškození v oblasti páteře krční. Dále 17 dotazovaných respondentů (27,42%) má poškození v oblasti páteře hrudní. A 16 respondentů (25,81%) má poškození v oblasti bederní páteře.

Otázka číslo 6: Četnost prováděných celkových koupelí před úrazem

- a) Vícekrát denně
- b) Jednou denně
- c) Dvakrát týdně
- d) Jednou týdně
- e) Méně často

Tabulka č. 6, Četnost prováděných celkových koupelí před úrazem

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Vícekrát denně	11	17,74%
b) Jednou denně	39	62,90%
c) Dvakrát týdně	9	14,52%
d) Jednou týdně	3	4,84%
e) Méně často	0	0,00%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 6, Četnost prováděných celkových koupelí před úrazem

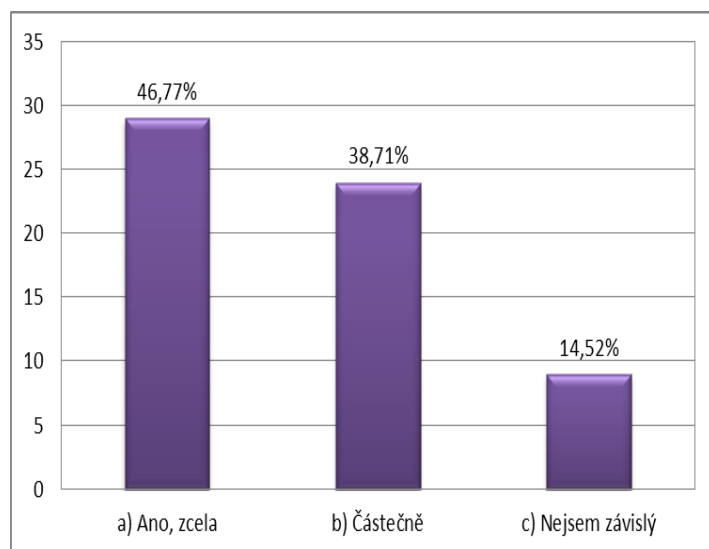
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z toho 11 respondentů (17,74%) provádělo celkovou koupel před úrazem vícekrát denně. Nejvíce dotazovaných respondentů a to 39 (62,90%) provádělo celkovou koupel před úrazem jednou denně. Dále 9 respondentů (14,52%) provádělo celkovou koupel dvakrát týdně před úrazem. A jednou týdně prováděli celkovou koupel před úrazem pouze 3 respondenti (4,84%).

Otázka číslo 7: Závislost na pomoci druhé osoby při provádění hygieny

- a) Ano, zcela
- b) Částečně
- c) Nejsem závislý

Tabulka č. 7, Závislost na pomoci druhé osoby při provádění hygieny

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano, zcela	29	46,77%
b) Částečně	24	38,71%
c) Nejsem závislý	9	14,52%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 7, Závislost na pomoci druhé osoby při provádění hygieny

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z toho nejvíce dotazovaných respondentů a to 29 (46,77%) je zcela závislých na pomoci druhé osoby při provádění

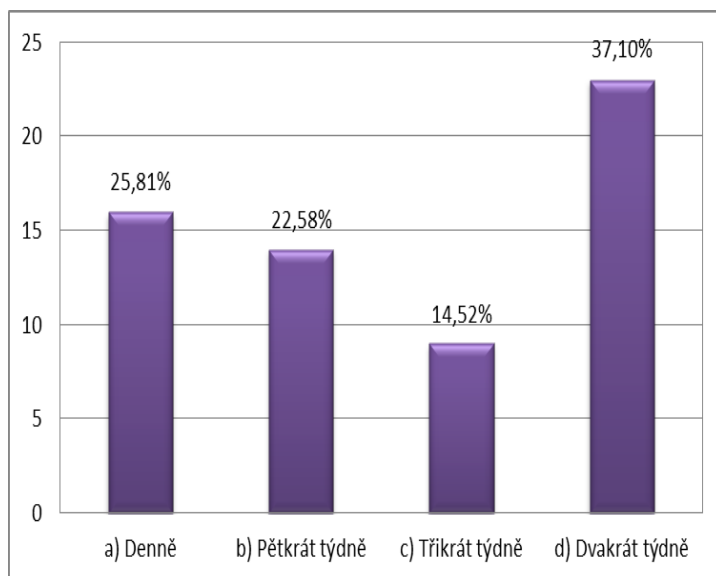
hygieny. Dále 24 respondentů (38,71%) je při provádění hygieny částečně závislých na pomoci druhé osoby. A 9 respondentů (14,52%) není závislých vůbec na pomoci druhé osoby při provádění hygieny.

Otázka číslo 8: Četnost současných celkových koupelí prováděných v mobilní vaně

- a) Denně
- b) Pětkrát týdně
- c) Třikrát týdně
- d) Dvakrát týdně

Tabulka č. 8, Četnost současných celkových koupelí prováděných v mobilní vaně

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Denně	16	25,81%
b) Pětkrát týdně	14	22,58%
c) Třikrát týdně	9	14,52%
d) Dvakrát týdně	23	37,10%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 8, Četnost současných celkových koupelí prováděných v mobilní vaně

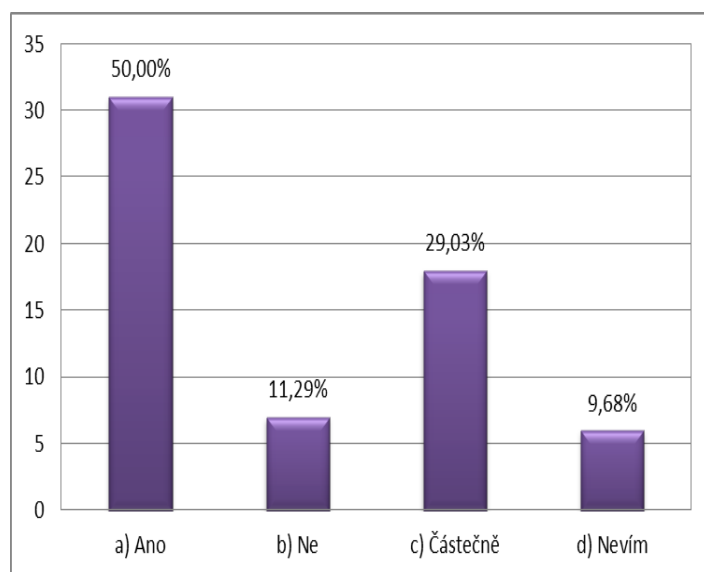
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nyní po poškození páteře je denně prováděna celková koupel v mobilní vaně 16 respondentům (25,81%), 14 dotazovaným respondentům (22,58%) je prováděna celkovou koupel v mobilní vaně pětkrát týdně. Tříkrát týdně je prováděna celkovou koupel v mobilní vaně pouze 9 respondentům (14,52%). Nejvíce zastoupenou skupinu představují respondenti, kterým je prováděna celková koupel v mobilní vaně pouze dvakrát týdně a to 23 (37,10%) respondentům.

Otázka číslo 9: Příjemný pocit z koupele (v mobilní vaně)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně
- d) Nevím

Tabulka č. 9, Příjemný pocit z koupele (v mobilní vaně)

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	31	50,00%
b) Ne	7	11,29%
c) Částečně	18	29,03%
d) Nevím	6	9,68%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 9, Příjemný pocit z koupele (v mobilní vaně)

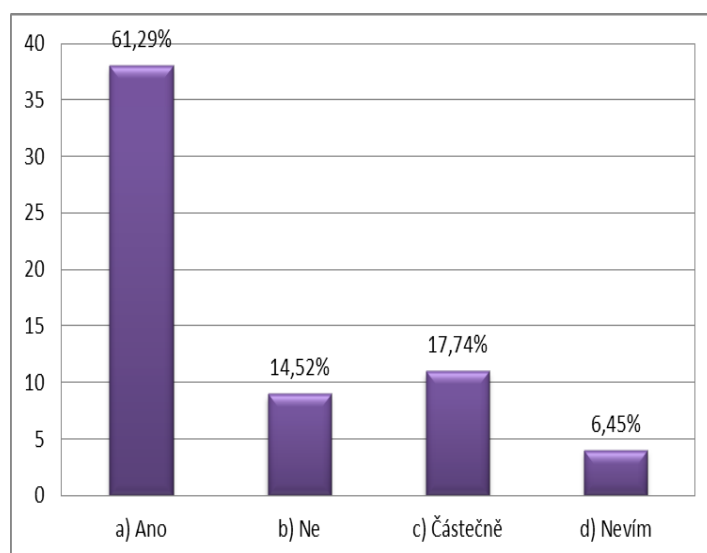
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nejvíce dotazovaných respondentů a to 31 (50,00%) pociťuje příjemný pocit z koupele (v mobilní vaně). Dále 7 respondentů (11,29%) vnímá pocit z koupele jako nepříjemný, 18 respondentů (29,03%) vnímá koupel jako částečně příjemnou a 6 respondentů (9,68%) se nerozhodlo ani pro jednu z variant.

Otázka číslo 10: Častost koupele je vyhovující (koupel v mobilní vaně)

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně
- d) Nevím

Tabulka č. 10, Častost koupele je vyhovující (koupel v mobilní vaně)

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	38	61,29%
b) Ne	9	14,52%
c) Částečně	11	17,74%
d) Nevím	4	6,45%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 10, Častost koupele je vyhovující (koupel v mobilní vaně)

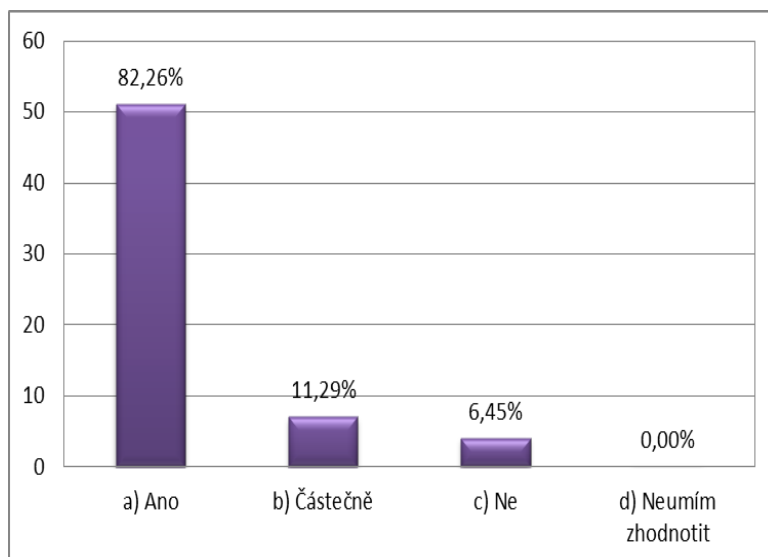
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nejpočetnější skupina, kterou tvoří 38 respondentů (61,29%) je spokojena s četností koupele v mobilní vaně ve zdravotnickém zařízení. Nespokojených je pouze 9 respondentů (14,52%) a částečně spokojených je 11 respondentů (17,74%), 4 respondenti (6,45%) se nerozhodli ani pro jednu z možných variant.

Otázka číslo 11: Provádění hygieny dutiny ústní (ve zdravotnickém zařízení)

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

Tabulka č. 11, Provádění hygieny dutiny ústní

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	51	82,26%
b) Částečně	7	11,29%
c) Ne	4	6,45%
d) Neumím zhodnotit	0	0,00%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 11, Provádění hygieny dutiny ústní

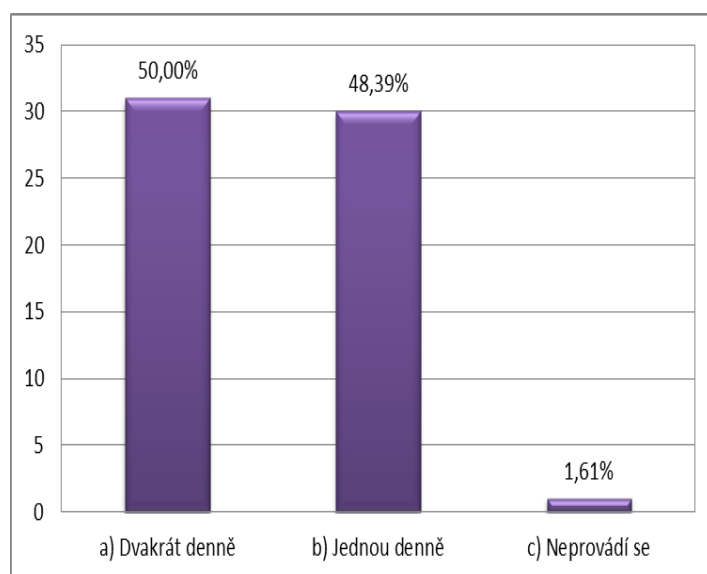
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Největší skupinu tvoří 51 respondentů (82,26%), kterým je prováděna hygiena dutiny ústní ve zdravotnickém zařízení. Částečně je zajišťována hygiena dutiny ústní 7 respondentům (11,29%). Dále pouze 4 respondentům (6,45%) není prováděna hygiena dutiny ústní vůbec.

Otázka číslo 12: Četnost provádění hygieny dutiny ústní

- a) Dvakrát denně
- b) Jednou denně
- c) Neprovádí se

Tabulka č. 12, Četnost provádění hygieny dutiny ústní

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Dvakrát denně	31	50,00%
b) Jednou denně	30	48,39%
c) Neprovádí se	1	1,61%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 12, Četnost provádění hygieny dutiny ústní

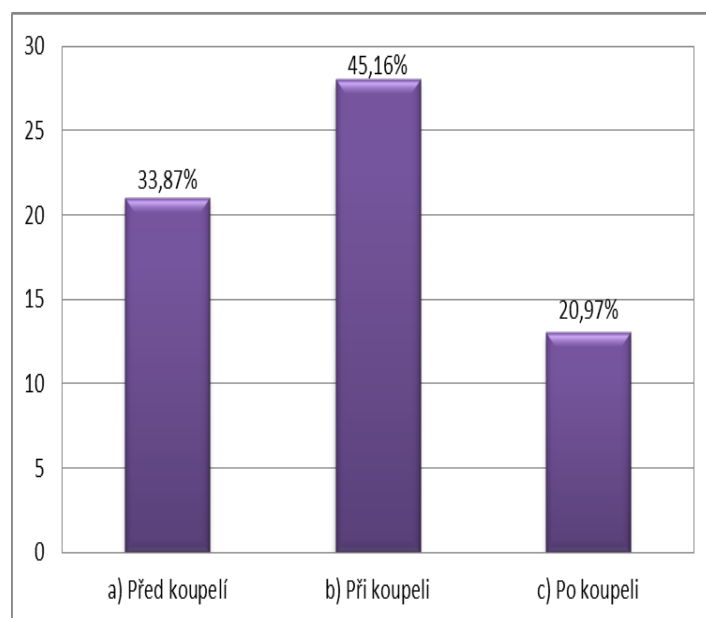
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Dvakrát denně je ve zdravotnickém zařízení prováděna hygiena dutiny ústní 31 respondentům (50,00%). Jednou denně je poté prováděna hygiena dutiny ústní 30 respondentům (48,39%), zde se tedy hodnoty liší pouze o jednoho respondenta. A pouze 1 respondent (1,61%) uvedl, že se mu hygiena dutiny ústní neprovádí.

Otázka číslo 13: Provádění hygieny dutiny ústní ve vztahu k celkové koupeli

- a) Před koupelí
- b) Při koupeli
- c) Po koupeli

Tabulka č. 13, Provádění hygieny dutiny ústní ve vztahu k celkové koupeli

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Před koupelí	21	33,87%
b) Při koupeli	28	45,16%
c) Po koupeli	13	20,97%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 13, Provádění hygieny dutiny ústní ve vztahu k celkové koupeli

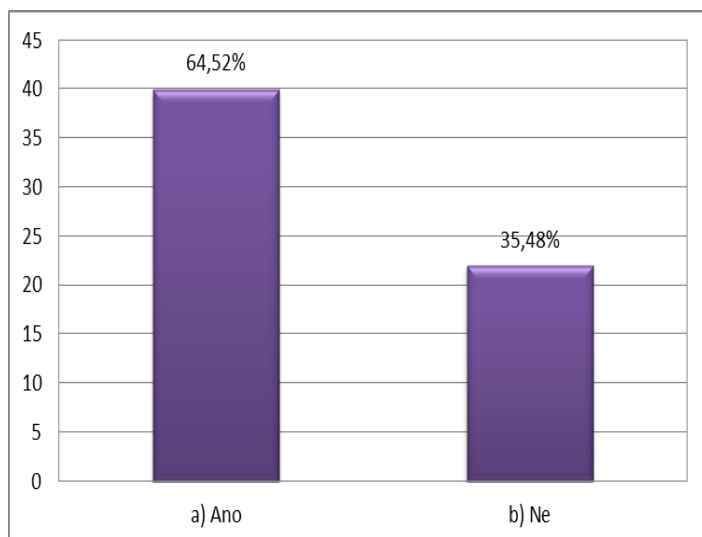
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z tohoto počtu 21 respondentů (33,87%) uvádí, že jim je prováděna hygiena dutiny ústní před celkovou koupelí. Současně při koupeli se hygiena dutiny ústní provádí 28 respondentům (45,16%), tato skupina má tedy největší zastoupení. A 13 respondentům (20,97%) je prováděna hygiena dutiny ústní až po celkové koupeli.

Otázka číslo 14: Možnost provedení hygieny dutiny ústní po jídle

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka č. 14, Možnost provedení hygieny dutiny ústní po jídle

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	40	64,52%
b) Ne	22	35,48%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 14, Možnost provedení hygieny dutiny ústní po jídle

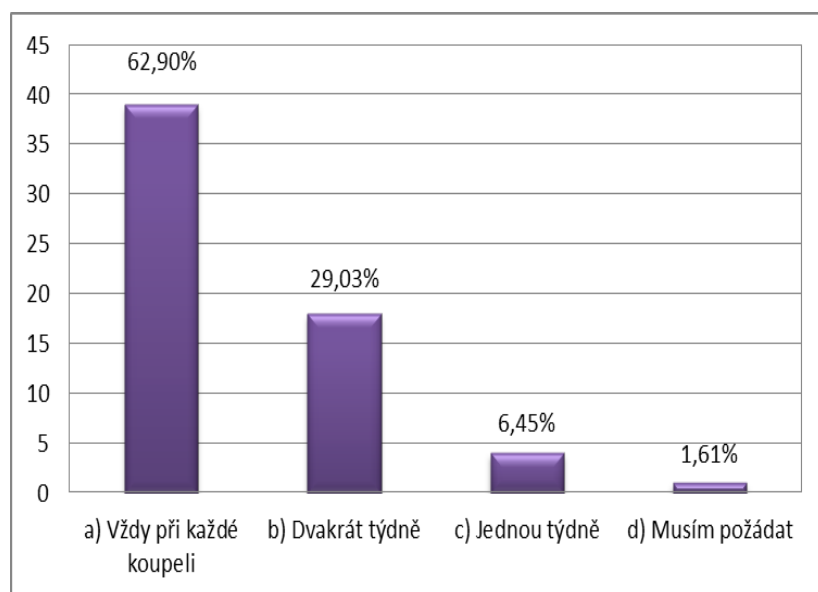
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů z tohoto počtu 40 respondentů (64,52%) uvedlo, že má možnost si provést nebo jim je provedena hygiena dutiny ústní vždy po jídle. A 22 respondentů (35,48%) uvádí, že nemají vždy možnost provádět hygienu dutiny ústní po jídle.

Otázka číslo 15: Častost provádění mytí vlasů

- a) Vždy při každé koupeli
- b) Dvakrát týdně
- c) Jednou týdně
- d) Musím požádat

Tabulka č. 15, Častost provádění mytí vlasů

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Vždy při každé koupeli	39	62,90%
b) Dvakrát týdně	18	29,03%
c) Jednou týdně	4	6,45%
d) Musím požádat	1	1,61%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 15, Častost provádění mytí vlasů

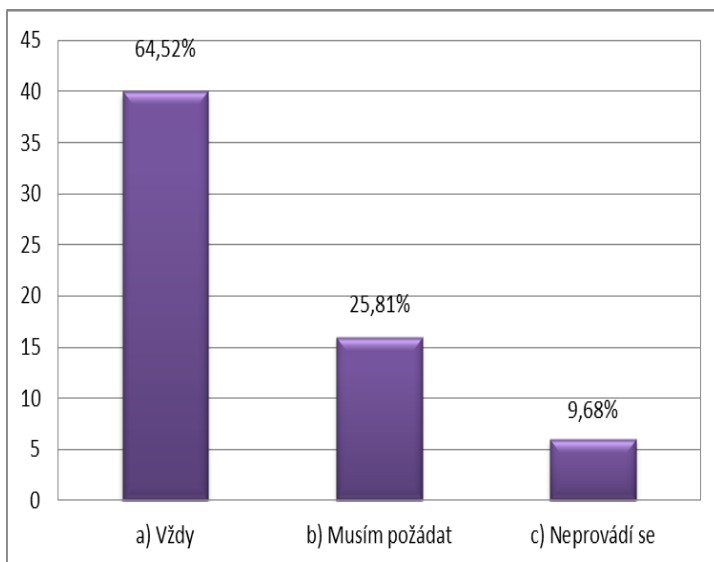
Výzkumného šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Největší skupinu a to 39 respondentů (62,90%) tvoří pacienti/klienti, kterým se myjí vlasy vždy při každé koupeli. Dvakrát týdně se provádí mytí vlasů 18 respondentům (29,03%). Jednou týdně jsou poté vlasy umívány 4 respondentům (6,45%) a 1 respondent (1,61%) uvádí, že musí o umytí vlasů vždy požádat.

Otázka číslo 16: Častost čištění uší při koupeli

- a) Vždy
- b) Musím požádat
- c) Neprovádí se

Tabulka č. 16, Častost čištění uší při koupeli

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Vždy	40	64,52%
b) Musím požádat	16	25,81%
c) Neprovádí se	6	9,68%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 16, Častost čištění uší při koupeli

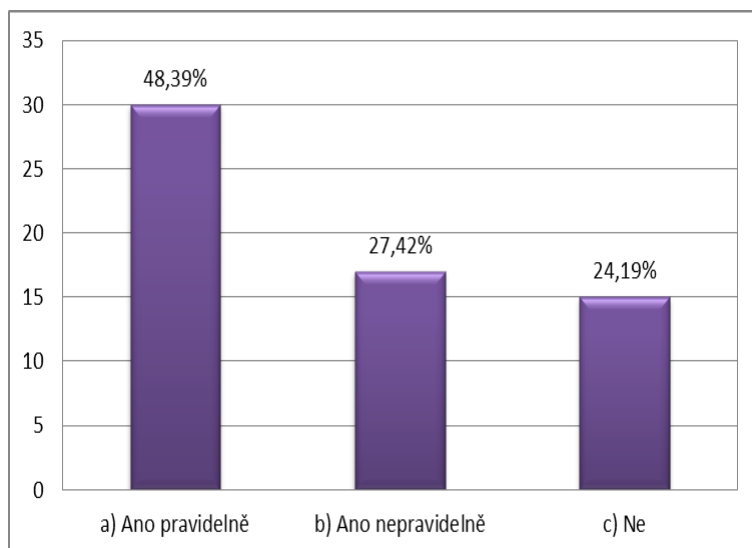
Výzkumného šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z tohoto počtu 40 respondentů (64,52%) uvádí, že jim jsou čištěny uši vždy při celkové koupeli. O čištění uší při celkové koupeli si musí požádat 16 respondentů (25,81%) a 6 respondentů (9,68%) uvedlo, že jim nejsou při celkové koupeli čištěny uši vůbec.

Otázka číslo 17: Pravidelnost provádění péče o nehty rukou

- a) Ano pravidelně
- b) Ano nepravidelně
- c) Ne

Tabulka č. 17, Pravidelnost provádění péče o nehty rukou

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano pravidelně	30	48,39%
b) Ano nepravidelně	17	27,42%
c) Ne	15	24,19%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 17, Pravidelnost provádění péče o nehty rukou

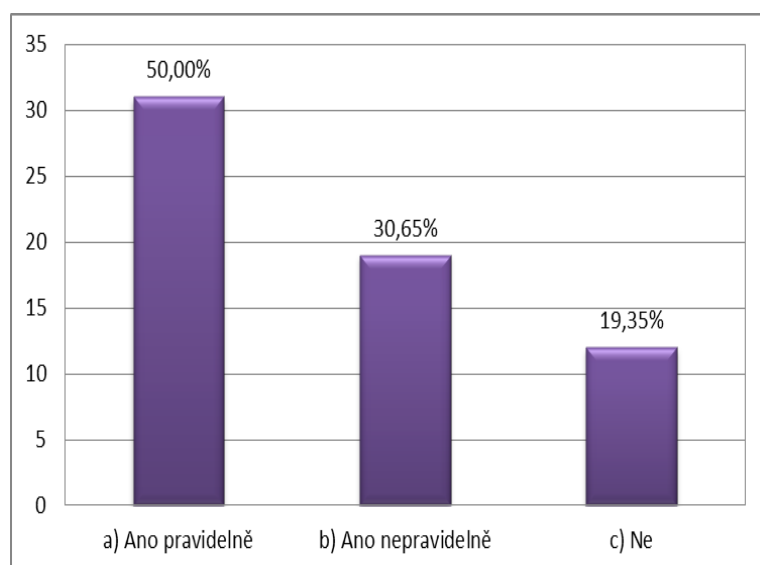
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nejpočetnější skupinu tvoří respondenti, kterým je prováděna péče o nehty rukou pravidelně a to 30 respondentům (48,39%). Dále 17 respondentů (27,42%) uvedlo, že jim je prováděna péče o nehty rukou, avšak nepravidelně. A péče o nehty rukou nebyla vůbec prováděna 15 respondentům (24,19%).

Otázka číslo 18: Pravidelnost provádění péče o nehty nohou

- a) Ano pravidelně
- b) Ano nepravidelně
- c) Ne

Tabulka č. 18, Pravidelnost provádění péče o nehty nohou

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano pravidelně	31	50,00%
b) Ano nepravidelně	19	30,65%
c) Ne	12	19,35%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 18, Pravidelnost provádění péče o nehty nohou

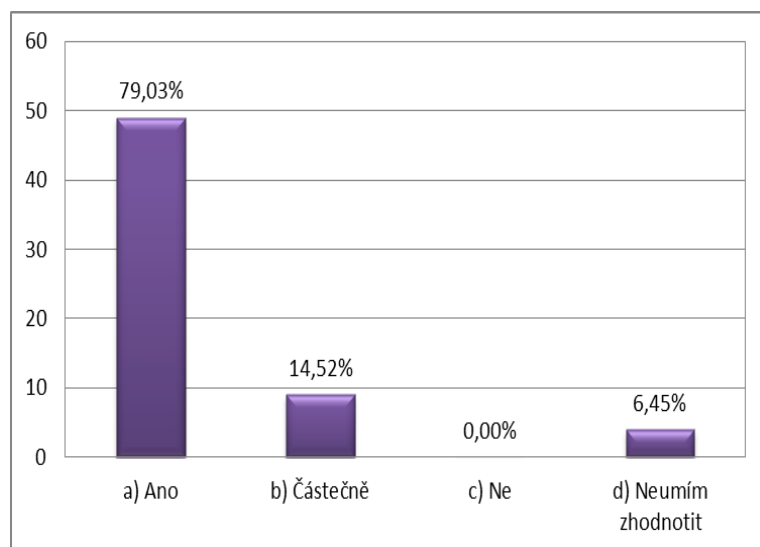
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z tohoto počtu 31 respondentů (50,00%) uvedlo, že jim je pravidelně prováděna péče o nehty nohou. Dále 19 respondentům (30,65%) je péče o nehty nohou prováděna nepravidelně. A 12 respondentů (19,35%) uvedlo, že jim není péče o nehty nohou prováděna vůbec.

Otázka číslo 19: Dodržování intimity pacienta před koupelí

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

Tabulka č. 19, Dodržování intimity pacienta před koupelí

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	49	79,03%
b) Částečně	9	14,52%
c) Ne	0	0,00%
d) Neumím zhodnotit	4	6,45%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 19, Dodržování intimity pacienta před koupelí

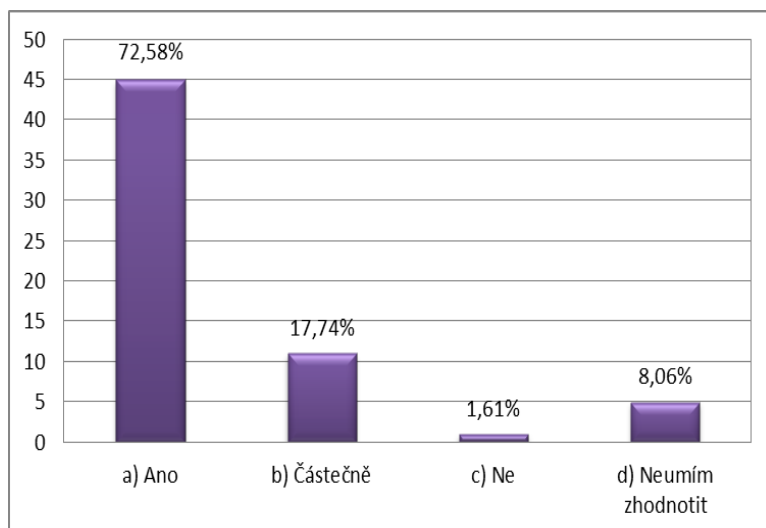
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Z celkového počtu uvádí 49 respondentů (79,03%), že je jejich intimita před koupelí dodržována dostatečně. Intimita před koupelí je poté pouze částečně dodržována 9 respondentům (14,52%). A 4 respondenti (6,45%) neumí tuto problematiku zhodnotit.

Otázka číslo 20: Dodržování intimity pacienta při koupeli

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

Tabulka č. 20, Dodržování intimity pacienta při koupeli

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	45	72,58%
b) Částečně	11	17,74%
c) Ne	1	1,61%
d) Neumím zhodnotit	5	8,06%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 20, Dodržování intimity pacienta při koupeli

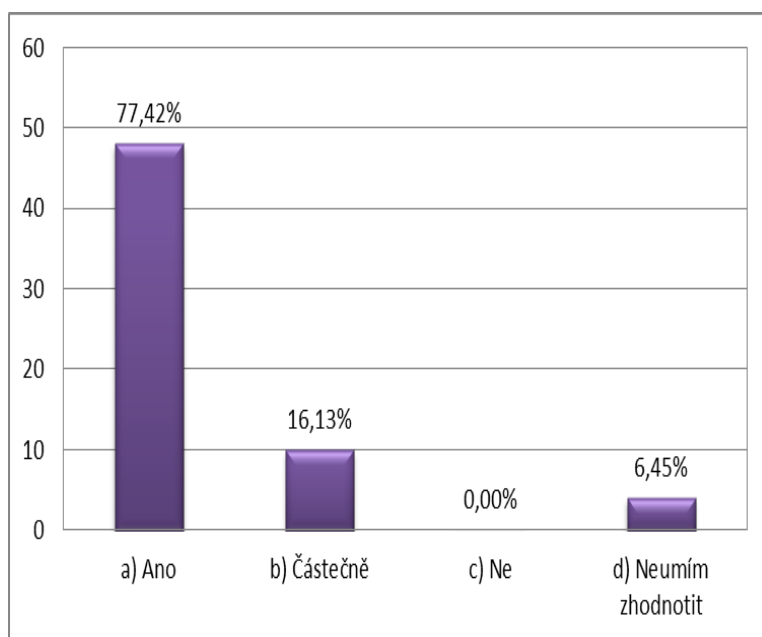
Dotazníkového šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nejpočetnější skupinu tvoří 45 respondentů (72,58%), kteří uvedli, že jejich intimita při koupeli byla dodatečně dodržována. Dále 11 respondentů (17,74%) uvádí, že jejich intimita při koupeli byla dodržována pouze částečně. A poté 1 respondent (1,61%) uvedl, že jeho intimita při koupeli nebyla dodržována vůbec a 5 respondentů (8,06%) neumí tuto problematiku intimity při koupeli zhodnotit.

Otázka číslo 21: Dodržování intimity pacienta po koupeli

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

Tabulka č. 21, Dodržování intimity pacienta po koupeli

Odpověď:	Absolutní četnost	Relativní četnost
a) Ano	48	77,42%
b) Částečně	10	16,13%
c) Ne	0	0,00%
d) Neumím zhodnotit	4	6,45%
Celkový součet	62	100,00%



Graf č. 21, Dodržování intimity pacienta po koupeli

Dotazníkové šetření se zúčastnilo 62 respondentů. Nejvíce respondentů a to 48 (77,42%) uvádí, že jejich intimita po koupeli byla dostatečně dodržována. Pouze částečně byla intimita po koupeli dodržována u 10 respondentů (16,13%). A 4 respondenti (6,45%) neumí tuto problematiku, která se týká intimity pacientů/klientů po koupeli zhodnotit.

4 Diskuze

Úvodem této diskuze bych chtěla zmínit, že jsem v rámci svého bakalářského studia byla vybrána a měla tu možnost vycestovat na program Erasmus, díky němuž jsem absolvovala ve druhém ročníku svého studia celý zimní semestr v Belgii. Konkrétně jsem tyto krásné 4 měsíce strávila ve městě Bruggy a z této doby bylo 8 týdnů praktické výuky v nemocničním zařízení v Belgii. Díky této zkušenosti jsem mohla porovnat ošetrovatelskou péči v Belgii s péčí tady u nás v České republice. Což mi i velmi pomohlo v rámci mé bakalářské práce na téma Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů si vybrat cíle a hypotézy.

V Belgii mě velmi zaujalo důsledné dodržování intimity pacientů/klientů při všech ošetrovatelských a léčebných výkonech. Bylo to pro mě velkou zkušeností do pracovního života. Jak jsem již zmínila další motivací k tématu byla i praktická výuka na spinální jednotce. S ohledem na obě zkušenosti jsem volila jak téma své práce, tak i skupinu respondentů, která nám utvořila celostný pohled na nesoběstačného pacienta/klienta a uspokojování jeho potřeb. Dotazník byl určen pro pacienty/klienty, abychom si ověřili, zda naše činnosti, které provádíme, jsou v souladu s jejich požadavky. Míru soběstačnosti jsme určovali otázkou č. 4, kdy jsme za nejvíce závislé určili pacienty/klienty s poraněním krční páteře, celkem jich bylo 29 a zohledňovali se také otázkou číslo 5, která se zabývala dobou od úrazu. Takzvaní „čerství“ pacienti/klienti, jejichž doba od úrazu je do 4 měsíců, tvořili 55,3%, bylo jich tedy celkem 35. V obou sledovaných skupinách nám soubory tvoří polovinu z celkového počtu. Z vlastních zkušeností vím, že tyto pacienti/klienti vyžadují komplexní ošetrovatelskou péči, péči o vlasy a nehty nevyjímaje. Odpovědi na kladené otázky jsou vyjádřením spokojenosti s naší prací a zohledněním osobnosti pacienta/klienta.

Úvodní otázky dotazníku byly zaměřeny na demografické údaje pacientů/klientů, kteří se výzkumu zúčastnili. Z celkového počtu 62 respondentů bylo 46 mužů a 16 žen, nejvíce respondentů bylo ve věku mezi 21 - 40 let a to celkem 29 (46,7%). Co se týče vzdělání pacientů/klientů, největší skupina respondentů byla se středoškolským vzděláním bez maturity. Jednalo se celkem o 30 pacientů/klientů (48,3%). V našem výzkumu se neproказuje spokojenost s uspokojováním potřeby

hygieny v závislosti na věku, pohlaví nebo vzdělání, jelikož žádný z výsledků nepřevyšuje spokojenost s koupelí. Obdobně byla hodnocena i kvalita ošetrovatelské péče při výzkumu v roce 2012. (Omamiková 2012)

Prvním stanoveným cílem jsem se snažila zjistit, zda-li je celková koupel na sledovaných pracovištích prováděna ve shodném režimu. K tomuto cíli a hypotéze byly stanoveny otázky číslo 8, 9, 10. V otázce číslo 8 jsme zjišťovali četnost provádění celkové koupele v mobilní vaně. Z celkového počtu 62 odpovědí, odpovědělo 30 pacientů/klientů, že je u nich koupel prováděna denně nebo pětkrát v týdnu. Vytejková a kol. 2011 uvádí, že celková koupel nemocného by měla být provedena minimálně jedenkrát denně. Na některých odděleních je standardní nabízet pacientům/klientům celkovou hygienickou péči dvakrát denně. Při porovnání s počtem koupelí před úrazem, kdy se denně koupalo celkem 50 pacientů/klientů, bychom mohli považovat 1. předpoklad za nepotvrzený. Ale protože je s počtem provádění koupelí spokojeno zcela nebo částečně 49 z 62 dotazovaných a stejný počet pacientů/klientů má i příjemný pocit po koupeli, považujeme 1. předpoklad za potvrzený. Omamiková (2012) se ve své práci zabývá kvalitou života po poškození míchy a zde je míra soběstačnosti v provádění hygieny na prvním místě v hodnocení pacientů/klientů. Tím považujeme i splnění prvního cíle, kdy počet kladných odpovědí ze všech pracovišť činí 63%. Shodné jsou i vlastní zkušenosti ze zahraniční stáže, kdy se upřednostňuje koupel ve sprše a to i částečně mobilních pacientů/klientů, před koupelí na lůžku. Rozdíl je v čase provádění hygieny. Ten v našem výzkumu nehodnotíme, ale ranní hygiena u nás začíná v ranní směně ještě před snídaní, kdežto v zahraničí je to na rozhodnutí pacienta/klienta v jaký čas a v jakou dobu se bude hygiena provádět. Dle mého názoru by stálo za to, se v dalších výzkumech zaměřit i na tuto oblast.

Dalším předpokladem bylo zhodnocení vnímání závislosti na péči při hygieně. K ověření tohoto předpokladu jsme stanovili otázku číslo 7, kdy zcela závislých pacientů/klientů bylo 29 (46,7%), což odpovídá počtu tetraplegických pacientů/klientů. A dále jsme stanovili otázky, které se zabývají prováděním jednotlivých úkonů při hygieně a hodnocením pacientů/klientů. Hygienou dutiny ústní se zabývala otázka číslo 13. Kelnarová a kol. 2009 popisuje, že zuby je potřeba si čistit po každém jídle, minimálně však dvakrát denně a to především ráno a večer. Z výsledků jsme zjistili,

že 51 respondentům (82,26%) je zajišťována hygiena dutiny ústní. Další otázka se zabývala četností provádění hygieny, kdy 31 respondentů uvedlo, že jim je hygiena prováděna dvakrát denně. Při porovnání obou výsledků je zřejmé, že někteří respondenti zcela správně tuto otázku nevyhodnotili. Díky našemu hodnocení se musíme zamyslet, proč tato činnost není hodnocena ve 100%. Dle mých zkušeností je samozřejmostí aktivně nabízet a provádět péči o dutinu ústní v zahraničí. Nemáme srovnání, do jaké míry se této péči věnuje na jiných pracovištích, pro nás je však výsledek neuspokojivý. Z následující otázky, která se zabývala dobou provádění hygieny dutiny ústní vyplývá, že 28 respondentů provádí hygienu dutiny ústní při koupeli, ani tento výsledek není zcela uspokojivý. Historicky se touto problematikou nikdo podrobně nezabýval. Existovaly projekty Zdravý zoubek, zabývající se prevencí zubního kazu u dětí, ale o uspokojení potřeby čistých zubů se vcelku nikdo tolik nezajímal. Při své praktické výuce jsem si to i ověřila pohledem i dotazem směřovaným na pacienty/klienty na většině odděleních, kde jsou hospitalizováni nesoběstační pacienti/klienti. Dále jsem se dotazovala, zda-li pacienti/klienti mají možnost si provádět nebo zda-li jim je prováděna hygiena dutiny ústní vždy po jídle (otázka číslo 14). Na tuto otázku 40 respondentů (64,52%) odpovědělo, že mají možnost si po každém jídle provést hygienu dutiny ústní. Ani tato problematika nebyla dosud zkoumána. Pro nás je však potěšující, že pacienti/klienti mají možnost čištění zubů po jídle. Pro nás to byl překvapivý výsledek s ohledem na předchozí otázky. Význam ústní hygieny popisuje Linda Field a kol. 2008, která říká, že by se hygiena dutiny ústní u nesoběstačných pacientů/klientů měla provádět v rámci ošetrovatelské péče po každém jídle.

Další otázkou jsme se pacientů/klientů ptali, jak často se jim provádí mytí vlasů (otázka číslo 15). Jako kladné hodnocení považujeme, že pouze v jednom případě musel pacient/klient požádat o mytí vlasů, jinak jsou vlasy myty 1-2 krát týdně. Odpověď, která zní, že jim jsou vlasy myty při každé koupeli není zcela vypovídající o tom, zda-li se domníváme, že pacienti/klienti považují za mytí vlasů již jejich namočení. Otázka nebyla blíže specifikována. Co se týče hygieny a péči o vlasy, zde celou problematiku výstižně popisuje Barbara Hegner a kol. 2010, kde popisuje, jak by měly být pacientům/klientům vlasy česány a kartáčovány každé ráno a v případě nutnosti také kdykoliv během dne. Také zde popisuje, že vlasy a to všechny prameny vlasů musí být česány hlavně opatrně a důkladně a klade zde i důraz na celkovou úpravu

pacienta/klienta po celkové hygieně, která přispěje k tomu, aby se pacient/klient cítil dobře. Čištěním uší při koupeli se zabývala otázka číslo 16. Na tuto otázku odpovědělo 40 respondentů (64,52%), že jim jsou uši čištěny automaticky vždy při každé koupeli. Dále 16 respondentů (25,81%) uvedlo, že musí o čištění uší vždy požádat. Opět se této problematice zcela nevěnuje nikde velká pozornost. Na toto téma bychom mohli však poměrně dlouho diskutovat a to zejména o technice provedení.

Pro nás je pozitivní hodnocení, že se touto problematikou personál zabývá. V neposlední řadě jsme zjišťovali jestli je pacientům/klientům pravidelně prováděna péče o nehty na rukou (otázka číslo 17) a péče o nehty na nohou (otázka číslo 18). Zde 30 respondentů (48,39%) uvedlo, že jim je péče o nehty na rukou prováděna pravidelně. Dále 15 respondentů (24,19%), což není zanedbatelný počet, ale uvedlo, že jim péče o nehty na rukou není prováděna vůbec. A co se týče péče o nehty na nohou, tak 31 respondentů (50%) uvedlo, že jim je o nehty na nohou pečováno pravidelně a 12 respondentům (19,35%) není prováděna péče o nehty na nohou. Linda Field a kol. 2008 popisuje, že všeobecná sestra musí dostatečným způsobem pečovat o vlasy a nehty pacienta/klienta a kontrolovat je každý den. Z hodnocení všech odpovědí stanovujeme 2. a 3. předpoklad jako potvrzený. Druhým cílem práce bylo zjistit, zda pacienti vnímají celkovou koupel pozitivně a tento cíl byl splněn.

K čtvrtému předpokladu, zda-li je při provádění hygieny dostatečně dodržována intimita pacienta/klienta sloužily otázky číslo 19, 20 a 21. V devatenácté otázce jsme se pacientů/klientů dotazovali, zda-li jim byla dostatečně dodržována intimita před koupelí. Na tuto otázku většina respondentů a to 49 (tedy 79,03%) odpověděla, že jim byla dostatečně dodržována intimita před koupelí. Dále 9 respondentů uvedlo, že jejich intimita před koupelí byla dodržována pouze částečně. V otázce číslo dvacet jsme se poté pacientů/klientů dotazovali, jestli je dostatečně dodržována jejich intimita a to při koupeli. Zde nám 45 respondentů (tedy 72,58%) odpovědělo, že jejich intimita byla dostatečně dodržována. A pouze 1 respondent (což je 1,61%) uvedl, že jeho intimita při koupeli dodržována nebyla. V poslední otázce a to otázce číslo 21, jsme se pacientů/klientů dotazovali, zda-li jim byla dostatečným způsobem dodržována intimita a to po koupeli. Zde nám opět většina pacientů/klientů, konkrétně 48 respondentů (což je 77,42%) odpověděla, že jejich intimita po koupeli byla dodržována a to dostatečným způsobem. Ani jeden respondent neuvedl, že by byl

s dodržováním intimity po koupeli nespokojený. Dahlhauser Margaret 2007, klade ve své knize důraz na intimitu pacienta/klienta, která nesmí být nikdy opomenuta a sestra či jiný ošetřující personál by se měl všemi způsoby snažit, aby byla intimita pacientů/klientů dostatečně zajištěna. Z našeho výzkumu byl čtvrtý předpoklad potvrzen. Nicméně nemůžeme být zcela spokojeni se skutečnými čísly. I na vcelku malém vzorku si opět potvrzujeme, že zcela nedbáme na intimitu pacientů/klientů. Velkým nešvarem jsou často otevřené dveře při provádění hygieny, nepoužívání zástěn mezi pacienty/klienty při provádění ošetrovatelských výkonů. V Belgii jsem poznala, že je kladen opravdu velký důraz na intimitu pacienta/klienta. Mezi jednotlivými lůžky jsou na pokoji vždy závěsy, které musí být zataženy při hygieně pacienta/klienta, převazech a často i při lékařské vizitě, aby ostatní pacienti/klienti neměli možnost vyslechnout informace o zdravotním stavu spolupacienta.

Význam hygienické péče o pacienta/klienta je velmi důležitý. Je k tomu nutné znát míru soběstačnosti pacienta/klienta. Cílem ošetrovatelské péče v oblasti hygieny je, aby pacient/klient měl dostatek informací o významu hygienické péče, také měl vytvořené správné hygienické návyky a vyjadřoval dostatečné uspokojení v oblasti hygieny. (Kelnarová a kol. 2009)

5 Návrh doporučení pro praxi

- Seznámit všechna pracoviště, kde probíhal výzkum s výsledky - prezentace výsledků na Setkání spinálních jednotek v Harrachově v roce 2015.
- S vedoucí práce paní Mgr. Alenou Kyrianovou rozšířit výzkum na jednotlivé faktory, které vyšly z výzkumu jako slabé stránky v rámci dalších výzkumných prací na Ústavu zdravotnických studií, tak aby bylo možno kvalitně vytvořit Doporučený postup.
- Poskytnout ředitelce ošetrovatelské péče v Krajské nemocnici Liberec, a.s. výsledky výzkumu, aby mohl být vytvořen Doporučený postup při uspokojování potřeby hygieny.
- Seznámit s výsledky výzkumu přednášející předmětu Ošetrovatelské postupy tak, aby již studenti v rámci odborné ošetrovatelské praxe měli zafixovány kvalitní postupy.

6 Závěr

Bakalářskou prací s názvem Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů jsem velmi obohatila své znalosti v rámci ošetrovatelské péče o nesoběstačné pacienty/klienty. Tato práce byla pro mě velkým přínosem a já jsem opavdu ráda, že jsem se pro toto téma rozhodla. Měla jsem též možnost poznat řadu skvělých lidí. Nejčastěji se tedy jednalo o pacienty/klienty na spinálních jednotkách, kteří žijí s různým stupněm poranění páteře nebo míchy a často jsou odkázáni na pomoci druhých. Díky těmto lidem jsem mohla nahlédnout do této problematiky, která se týká ošetrovatelské péče hlouběji a za jejich ochotu a pozitivní přístup jim velmi děkuji.

V teoretické části jsem se zabývala hodnocením soběstačnosti a také případným komplikacím, které mohou nastat v důsledku upoutání pacientů/klientů na lůžko. A poté jsem se zaměřila na uspokojování jednotlivých biologických potřeb pacientů/klientů. Konkrétně na potřebu dýchání, výživy, spánku a odpočinku, sexuality, potřebu být bez bolesti a psychickou potřebu bezpečí a jistoty. Dále je tato práce zaměřena především na potřebu hygieny a intimity pacientů/klientů. Do hygieny patří celková koupel pacienta/klienta, péče o dutinu ústní, péče o zuby a uši a péče o nehty na rukou i na nohou. Poté je zde rozebrán ošetrovatelský proces v oblasti naplnění lidských potřeb a také komunikace s pacienty/klienty s pohybovým postižením.

Dále pro výzkumnou část mé bakalářské práce jsem zvolila výzkum kvantitativní pomocí dotazníkové metody. Dotazníky byly určeny jednotlivým paraplegickým a tetraplegickým pacientům/klientům, kteří v době mého výzkumného šetření byli hospitalizováni na spinálních jednotkách a to celkem ve čtyřech nemocnicích po celé České republice. Ze všech získaných dat jsem vypočítala četnost absolutní, z níž jsem následně vypočítala relativní četnost. K tomu jsem použila program Microsoft Office Excel.

Než jsem začala psát svoji bakalářskou práci, stanovila jsem si předem tři cíle, dále k nim odpovídající čtyři hypotézy. Prvním stanoveným cílem jsem se chtěla dozvědět, zda celková koupel na sledovaných pracovištích je prováděna ve shodném

režimu. Druhým stanoveným cílem jsem se snažila zjistit, zda pacienti/klienti vnímají celkovou koupel pozitivně. Třetím stanoveným cílem jsem zjišťovala, zda-li je při provádění hygieny zajištěna intimita pacienta/klienta. Pacientů/klientů jsem se tedy dotazovala, zda-li jim byla dostatečně dodržována intimita před koupelí, při koupeli a v neposlední řadě po koupeli. Všechny cíle byly splněny.

Dále bych ráda v závěru této práce chtěla zmínit odlišnosti, kterých jsem si všimla téměř na první pohled, během mé zahraniční stáže v Belgii. Co se týče ošetrovatelského dokumentačního systému, zde jsou patrné odlišnosti. Ošetrovatelský dokumentační systém má v Belgii tyto základní složky: Vstupní ošetrovatelský záznam, který obsahuje ošetrovatelskou anamnézu. Tento anamnestický formulář je označen štítkem s iniciály pacienta/klienta, také rodným číslem, číslem pokoje a lůžka a dále pak podpisem sestry a datem odběru anamnézy. Pacient/klient nestvrzuje svým podpisem tento anamnestický formulář. Kontaktní osoby uvedené v tomto formuláři nejsou brány jako jediné osoby, které mají právo na získávání informací o zdravotním stavu pacienta/klienta, což je odlišné než u nás v České republice, kdy osoby uvedeny ve formuláři jsou brány jako jediné, kterým je možné sdělovat informace. Ošetrovatelská anamnéza musí být odebrána u pacienta/klienta do 24 hodin od přijetí k hospitalizaci, což je stejné jako zde v České republice. Také ošetrovatelský dokumentační systém obsahuje subjektivní hodnocení pacienta/klienta sestrou a objektivní hodnocení pomocí měřících technik. Další důležitou součástí dokumentace je Plán ošetrovatelské péče s plánovanými sesterskými intervencemi, hlášením změn zdravotního stavu pacienta a změn v ošetrovatelském plánu. Vše je opatřeno podpisem sestry odpovídající za plán péče (primární, skupinová sestra) a sestry, která péči poskytovala. Poslední částí dokumentace je Výstupní ošetrovatelský záznam (ošetrovatelská zpráva), která podává informace další sestře, pokud je nemocný přemístěn na jiné pracoviště nebo propuštěn do domácího prostředí. (Kilíková a kol. 2013)

Také bych ráda zmínila velmi podstatnou odlišnost ve zdravotní péči v Belgii oproti zdravotní péči u nás v České republice. V Belgii je totiž možnost eutanazie tedy usmrcení na žádost nemocného, což u nás v České republice je z hlediska českého trestního práva nedovoleno a tento úkon je poté brán jako vražda. Nově od února letošního roku je v Belgii také povolena eutanazie pro děti. Dobrovolně tedy můžou

v Belgii ukončit svůj život se souhlasem obou rodičů i smrtelně nemocné děti. Všechny tyto informace jsem získala v průběhu vlastní studentské stáže.

V závěru této práce bych také ráda zdůraznila, že vypracování této bakalářské práce bylo pro mě velkým přínosem. Věřím, že v budoucnu bude potřeba hygieny či intimity pacienta/klienta stále více zdokonalována a bude jí věnován dostatečný zřetel.

7 Seznam bibliografických citací

- 1.) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2005, počet stran 188. ISBN 80-247-1197-4.
- 2.) FALTÝNKOVÁ, Zdeňka, Jiří KRÍŽ, Alena KÁBRTOVÁ. *Cesta k nezávislosti po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR, 2004, počet stran 83. ISBN 80-23955-55-1.
- 3.) HEŘMANOVÁ, Jana, Marek VÁCHA, Hana SVOBODOVÁ, Marie ZVONÍČKOVÁ, Jan SLOVÁK. *Etika v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2012, počet stran 200. ISBN 978-80-247-3469-9.
- 4.) JANÁČKOVÁ, Laura. *Bolest a její zvládání*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007, počet stran 191. ISBN 978-80-7367-210-2.
- 5.) JIRKŮ, Hana, Alena KYRIANOVÁ. *Doporučené postupy pro ošetrovatelskou péči o pacienty po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků s podporou MZ ČR, 2005, počet stran 36.
- 6.) KARGES, Wolfram, Sascha Al DAHOUK. *Vnitřní lékařství – Stručné repetitorium*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, počet stran 432. ISBN 978-80-247-3108-7.
- 7.) KELNAROVÁ, Jarmila, Martina CAHOVÁ, Iva KŘEŠŤANOVÁ, Marcela KŘIVÁKOVÁ, Zdeňka KOVÁŘOVÁ. *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty - 1. ročník*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, počet stran 240. ISBN 978-80-247-2830-8.
- 8.) KILÍKOVÁ, Mária a kolektiv. *Teorie moderního ošetrovatelství I*. 1. vydání. Příbram: Ústav svatého Jana Nepomuka Neumanna, 2013, počet stran 196. ISBN 978-80-260-3756-9.
- 9.) KOLEKTIV AUTORŮ. *Vše o léčbě bolesti – příručka pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2006, počet stran 356. ISBN 80-247-1720-4.
- 10.) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2007, počet stran 164. ISBN 978-80-247-2069-2.

- 11.) KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2009, počet stran 175. ISBN 978-80-247-2713-4.
- 12.) MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., doplněné a přepracované vydání. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2010, počet stran 328. ISBN 978-80-247-2339-6.
- 13.) MRŮZEK, Michael, Hana JIRKŮ, Jiří KRÍŽ. *Doporučené postupy pro prevenci a ošetřování dekubitů u pacienta po poškození míchy*. 1. vydání. Praha: Svaz paraplegiků, 2005, počet stran 32. ISBN 978-8-247-1821-7.
- 14.) NAŇKA, Ondřej, Miloslava ELIŠKOVÁ. *Překlad anatomie*, 2. vydání. Praha: Galén; Karolinum, 2009, počet stran 416. ISBN 978-80-7262-612-0 (Galén); ISBN 978-80-246-1717-6 (Karolinum).
- 15.) NOVOTNÝ, Ivan, Michal HRUŠKA. *Biologie člověka*. 3. přepracované vydání. Praha: Fortuna, 2006, počet stran 240. ISBN 978-80-7168-819-3.
- 16.) NOVOTNÁ, Jaromíra, Jana UHROVÁ. *Ošetrovatelství I pro střední zdravotnické školy obor zdravotnický asistent*. 1. vydání. Praha: Fortuna, 2007, počet stran 184. ISBN 978-80-7168-987-4.
- 17.) PLEVOVÁ, Ilona a kolektiv. *Ošetrovatelství II*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, počet stran 224. ISBN 978-80-247-3558-0.
- 18.) POSPÍŠILOVÁ, Blanka, Olga PROCHÁZKOVÁ. *Anatomie pro lékaře I – Obecná anatomie, systémy pohybové a orgánové*. 1. vydání. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2010, počet stran 155. ISBN 978-80-7372-675-1.
- 19.) ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol.. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, počet stran 136. ISBN 978-80-247-3223-7.
- 20.) TRACHTOVÁ, Eva, Gabriela FOJTOVÁ, Dagmar MASTILIAKOVÁ. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, počet stran 186. ISBN 80-7013-324-4.
- 21.) VONDRÁČEK, Lubomír, Vlasta WIRTHOVÁ, Jindra PAVLICOVÁ. *Základy praktické terminologie pro sestry*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, počet stran 136. ISBN 978-80-247-3697-6.

- 22.) VYTEJČKOVÁ, Renata, Petra SEDLÁŘOVÁ, Vlasta WIRTHOVÁ, Jana HOLUBOVÁ. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2011, počet stran 232. ISBN 978-80-247-3419-4.
- 23.) WENDSCHE, Peter a kol.. *Poranění míchy ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče*. 1. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2009, počet stran 226. ISBN 978-80-7013-504-4.

Absolventské práce

24.) DLASKOVÁ, Kateřina. *Spokojenost klienta/pacienta s ošetrovatelskou péčí*. Liberec, 2009. Bakalářská práce. Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Vedoucí bakalářské práce Jana Stejskalová. Počet stran 88.

25.) OMAMIKOVÁ, Zuzana. *Kvalita života po poškození míchy*. Liberec, 2012. Bakalářská práce. Ústav zdravotnických studií Technické univerzity v Liberci. Vedoucí bakalářské práce Alena Kyrianová. Počet stran 86.

Zahraniční zdroje:

- 26.) DAHLHAUSER, Margaret. *NCLEX – RN Review*. 2. vydání. Filipíny: The McGraw-Hill, 2007. Počet stran 483. ISBN 978-007-126043-5.
- 27.) FIELD, Linda, Barbara SMITH. *Nursing Care: An essential guide*. 1. vydání. Edingurg Gate, Harlow (Anglie): Personal Education Limited, 2008. Počet stran 305. ISBN 978-0-13-197652.
- 28.) HEGNER, Barbara, Barbara ACELLO, Esther CALDWELL. *Nursing Assistant a Nursing Process Approach – BASICS*. 1. vydání. New York (USA): Delmar, Cengage Learning, 2010. Počet stran 662. ISBN 978-1-4283-1746-5.
- 29.) KENNEDY, Paul, Z. J. CHESSEL. *Traumatic versus non-traumatic spinal cord injuries: Are there differential rehabilitation outcomes*. 1. vydání. Spinal Cord: Oxford Institute, 2013. Počet stran 5. ISBN 1362-4393/13.
- 30.) SELZER, E. Michael, Bruce H. DOBKIN. *Spinal cord injury an American Academy of Neurology press quality of life guide*. 1. vydání. Accessible Publishing Systems PTY, 2010. Počet stran 252. ISBN 085-119-953.

Internetové zdroje

31.) MEDIK, Medik.cz portál pro mediky. *Parézy a plégie* [online]. Provozovatel stránek Marek Turnovec. Stránky spuštěny 8. 5. 2005. [cit. 10. 6. 2014]. Dostupné z http://wiki.medik.cz/wiki/Par%C3%A9za_a_plégie

8 Seznam tabulek

Tabulka č. 1, Pohlaví respondentů.....	40
Tabulka č. 2, Věk respondentů.....	41
Tabulka č. 3, Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	42
Tabulka č. 4, Doba od prodělání úrazu.....	43
Tabulka č. 5, Lokalita poškození v oblasti páteře.....	44
Tabulka č. 6, Četnost prováděných celkových koupelí před úrazem.....	46
Tabulka č. 7, Závislost na pomoci druhé osoby při provádění hygieny.....	47
Tabulka č. 8, Četnost současných celkových koupelí prováděných v mobilní vaně.....	48
Tabulka č. 9, Příjemný pocit z koupele.....	50
Tabulka č. 10, Častost koupele je vyhovující.....	51
Tabulka č. 11, Provádění hygieny dutiny ústní.....	52
Tabulka č. 12, Četnost provádění hygieny dutiny ústní.....	54
Tabulka č. 13, Provádění hygieny dutiny ústní ve vztahu k celkové koupeli.....	55
Tabulka č. 14, Možnost provedení hygieny dutiny ústní po jídle.....	56
Tabulka č. 15, Častost provádění mytí vlasů.....	58
Tabulka č. 16, Častost čištění uší při koupeli.....	59
Tabulka č. 17, Pravidelnost provádění péče o nehty rukou.....	60
Tabulka č. 18, Pravidelnost provádění péče o nehty nohou.....	62
Tabulka č. 19, Dodržování intimity pacienta před koupelí.....	63
Tabulka č. 20, Dodržování intimity pacienta při koupeli.....	64
Tabulka č. 21, Dodržování intimity pacienta po koupeli.....	66

9 Seznam grafů

Graf č. 1, Pohlaví respondentů.....	40
Graf č. 2, Věk respondentů.....	41
Graf č. 3, Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.....	42
Graf č. 4, Doba od prodělání úrazu.....	43
Graf č. 5, Lokalita poškození v oblasti páteře.....	45
Graf č. 6, Četnost prováděných celkových koupelí před úrazem.....	46
Graf č. 7, Závislost na pomoci druhé osoby při provádění hygieny.....	47
Graf č. 8, Četnost současných celkových koupelí prováděných v mobilní vaně.....	49
Graf č. 9, Příjemný pocit z koupele.....	50
Graf č. 10, Častost koupele je vyhovující.....	51
Graf č. 11, Provádění hygieny dutiny ústní.....	53
Graf č. 12, Četnost provádění hygieny dutiny ústní.....	54
Graf č. 13, Provádění hygieny dutiny ústní ve vztahu k celkové koupeli.....	55
Graf č. 14, Možnost provedení hygieny dutiny ústní po jídle.....	57
Graf č. 15, Častost provádění mytí vlasů.....	58
Graf č. 16, Častost čištění uší při koupeli.....	59
Graf č. 17, Pravidelnost provádění péče o nehty rukou.....	61
Graf č. 18, Pravidelnost provádění péče o nehty nohou.....	62
Graf č. 19, Dodržování intimity pacienta před koupelí.....	63
Graf č. 20, Dodržování intimity pacienta při koupeli.....	65
Graf č. 21, Dodržování intimity pacienta po koupeli.....	66

10 Seznam příloh

Příloha č. 1, Barthelův test základních všedních činností

Příloha č. 2, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Příloha č. 3, Maslowova hierarchie potřeb

Příloha č. 4, Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Brno

Příloha č. 5, Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze

Příloha č. 6, Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Ostrava

Příloha č. 7, Povolení o provádění výzkumu od Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici Ostrava

Příloha č. 8, Povolení o provádění výzkumu v Krajské nemocnici Liberec, a. s.

Příloha č. 9, Dotazník

Příloha č. 1

Barthelův test základních všedních činností

	Činnost:	Provedení činnosti:	Bodové skóre
01.	Najedení, napití	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
02.	Oblékání	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0
03.	Koupání	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
04.	Osobní hygiena	Samostatně nebo s pomocí	5
		Neprovede	0
05.	Kontinence moči	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Trvale inkontinentní	0
06.	Kontinence stolice	Plně kontinentní	10
		Občas inkontinentní	5
		Inkontinentní	0
07.	Použití WC	Samostatně bez pomoci	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

08.	Přesun na lůžko – židle	Samostatně bez pomocí	15
		S malou pomocí	10
		Vydrží sedět	5
		Neprovede	0
09.	Chůze po rovině	Samostatně nad 50 metrů	15
		S pomocí 50 metrů	10
		Na vozíku 50 metrů	5
		Neprovede	0
10.	Chůze po schodech	Samostatně bez pomocí	10
		S pomocí	5
		Neprovede	0

Obrázek č. 1, Barthelův test základních všedních činností (Šamánková a kol., 2011, s. 35)

Příloha č. 2

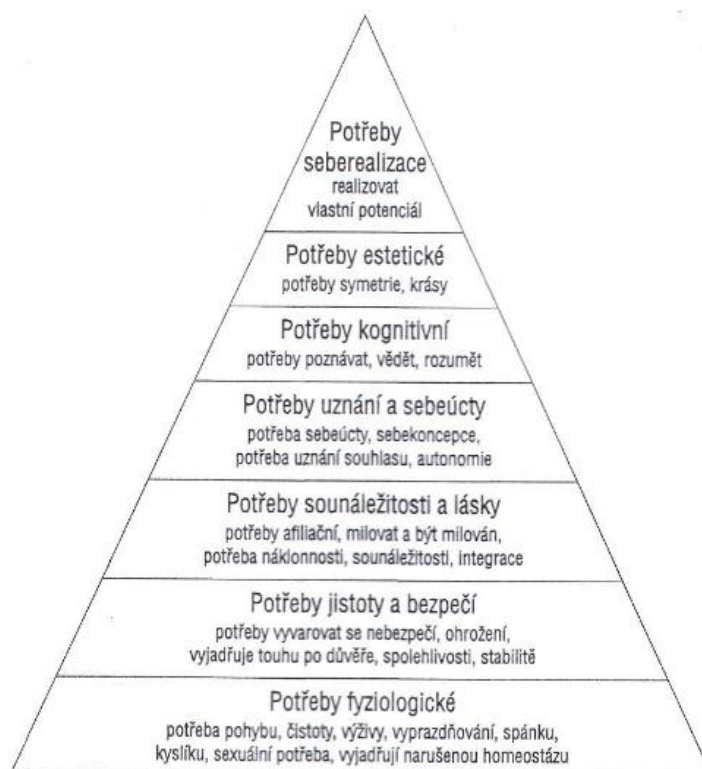
Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové

Bodů	1	2	3	4
Schopnost spolupráce	žádná	částečná	Malá	Úplná
Věk	60	60	30	10
Stav pokožky	suchá	vlhká	Alergie	normální
Každé další onemocnění dle odp. stupně	diabetes, anémie, ucpávání tepen, teplota, karcinom, kachexie, obezita,			Žádné
Fyzický stav	velmi špatný	špatný	Zhoršený	Dobrý
Stav vědomí	bezvědomí	zmatený	apatický	Dobrý
Aktivita	leží	sedačka	s doprovodem	Chodí
Pohyblivost	žádná	velmi omezená	částečně omezená	Úplná
Inkontinence	moč a stolice	převážně moč	občas	Není

Obrázek č. 2, Riziko vzniku dekubitů dle Nortonové (Kelnarová a kol., 2009, s. 162)

Příloha č. 3

Maslowova hierarchie potřeb



Obrázek č. 3, Maslowova hierarchie potřeb (Trachtová a kol., 2006, s. 15)

Příloha č. 4

Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Brno



FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
Jihlavská 20, 602 00 Brno
tel.: 532 231 111

ODBOR ORGANIZAČNÍCH, PRÁVNÍCH
VĚCÍ A PERSONALISTIKY (OOPVP)
Vedoucí útvaru:
JUDr. Alena Tobášová, MBA
tel.: 532 232 108, fax: 532 232 293
e-mail: atobias@fnbrno.cz

ŽÁDOST O SBĚR DAT/POSKYTNUTÍ INFORMACE PRO STUDIJNÍ ÚČELY v souvislosti se závěrečnou diplomovou (odbornou) prací studentů škol

Vyplňuje žadatel:

Jméno a příjmení žadatele: Martina Krejčová

Datum narození: 9.9.1991

Telefon: 774981991

E-mail: K.Martulle@seznam.cz

Adresa pro doručení dat: Strozziho 1850, Hořice 508 01

Přesný název školy/fakulty: Technická univerzita v Liberci, Ústav zdravotnických studií

Obor studia: Všeobecná sestra

Forma studia:

☒ prezenční

☐ kombinovaná

Žadatel ve FN Brno koná odbornou praxi:

☐ ANO na útvaru: v termínu od: do:

☒ NE

Žadatel je zaměstnancem/osobou blízkou zaměstnanci FN Brno:

☐ ANO Útvar/Jméno zaměstnance FN Brno:

☒ NE

Téma závěrečné práce: Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů

Požadavek na (zaškrtněte):

☒ Dotazníková akce

☒ pro pacienty FN Brno ☐ pro zaměstnance FN Brno

Počet respondentů: 15

Termín sběru dat: od: leden 2014

do: únor 2014

Útvar, kde bude dotazníková akce probíhat: Oddělení úrazové chirurgie – Traumacentrum FN Brno.

☐ Výpis ze zdravotnické dokumentace....

Předpokládaný počet dat (počet prohlednuté zdravotnické dokumentace):

.....

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

.....

.....

.....

☐ Ostatní (statistická data)

Rozsah sledovaného období:

Termín sběru dat: od: do:

Útvar, kde bude sběr dat probíhat:

(přesná specifikace/způsob provedení žádosti):

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ☒ ANO ☐ NE

Budete FN Brno uvádět jako „zdroj dat“ ve své práci?: ☒ ANO ☐ NE

Poučení:

Žadatel souhlasí se zpracováním jeho osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění pro účely této žádosti. Zavazuje se zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat/informací. V případě, že žadatel uvádí FN Brno jako „zdroj informací“, je jeho povinností předložit zpracované výsledky ke schválení příslušnému vedoucímu zaměstnanci přímo podřízenému řediteli FN Brno, který žádost o sběr dat/poskytnutí informace ve FN Brno povolil. Prezentace výsledků s uvedením jména Fakultní nemocnice Brno je možná pouze s jeho souhlasem.

Datum: 10.1.2014

Podpis: [signature]

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Zaevidováno na OOR dne: 23.1.2014, pod číslem: 2014/4507/FNBRNO - 890

Návrh výše úhrady za sběr dat/poskytnutí informace Kč

Vyjádření vedoucího zaměstnance příslušného útvaru, kde bude probíhat sběr dat/informací:

☒ souhlas - útvar: KCH

☐ nesouhlas - útvar:

Vedoucími zaměstnanci v přímé podřízenosti ředitele FN Brno postoupeno dne 20.1.2014

Žadatel je zaměstnancem FN Brno od: útvaru: na pozici:

V Brně dne 20.1.2014

[signature] Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno
referent/vedoucí OOR

Vyjádření vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno

Vyjádření v elektronické dtb. Žádosti o sběr dat

Komentář vedoucího zaměstnance v přímé podřízenosti ředitele FN Brno k žádosti:

Odbor organizačních, právních věcí a personalistiky - Oddělení organizace řízení:

Žadateli odeslána informace o (ne)schválení žádosti dne 20.1.2014

Medicinskému/nemedicinskému útvaru žádost postoupena dne 20.1.2014

V případě placené služby dle Ceníku EO č. 45/2013-09.5:

☐ souhlas žadatele s placenou službou ☐ nesouhlas žadatele s placenou službou, požadavek na storno žádosti ze strany žadatele

Způsob platby: ☐ na pokladně FN Brno

☐ fakturou na účet FN Brno

Částka připsána na účet FN Brno dne:

Požadovaná data medicinského/nemedicinského útvaru doručena na OOR

Požadovaná data ☐ postoupena

☐ převzal žadatel osobně dne v počtu

Převzal:
(podpis žadatele)

V Brně dne 20.1.2014

[signature] Fakultní nemocnice Brno
Jihlavská 20, 625 00 Brno

Příloha č. 5

Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici v Motole v Praze



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Martina Krejčová	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z11000093	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Klinika rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. LF UK a FN Motol, Praha Fakultní nemocnice v Motole, V Úvalu 84, 150 06 Praha	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Kyrianová	
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Mgr. Jana Nováková, MBA náčelnice pro š. péči FN Motol</div>	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	Ledén 2014	
Datum ukončení výzkumu	Únor 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	10	
Poznámka:		

V Liberci, dne 3.12.2013

podpis studenta



Příloha č. 6

Povolení o provádění výzkumu ve Fakultní nemocnici Ostrava

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Neurochirurgická klinika, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, Ostrava – Poruba, 708 52

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Martina Krejčová	
Studijní obor: Všeobecná sestra	Osobní číslo studenta: Z11000095	Ročník: 3.
Fakulta: Ústav zánatnických studií Technická univerzita v Liberci		
Téma práce	Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Spinální jednotka, FN Ostrava	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Kyrianová	
Souhlas s provedením šetření na Vaší klinice	Výzkum: <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	Ledén 2014	
Datum ukončení výzkumu	Únor 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	15	
Poznámka		

V... dne 10.1.2014

podpis studenta

Souhlasím s provedením šetření na naší klinice
 FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
 MUDr. Tomáš Patočka, Ph.D.
 přednosta neurochirurgické kliniky
 Ostrava
 14.1.2014

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI | Jméno a příjmení: ... | Datum: ... | Str. 1 z 1

Příloha č. 7

Povolení o provádění výzkumu od Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči ve Fakultní nemocnici Ostrava

Hendrychová Martina

Od: Hendrychová Martina
Odesláno: 10. ledna 2014 11:53
Komu: 'Martina Krejčová'
Předmět: RE: Dotaz
Přílohy: Dotazník.docx

Dobrý den paní Krejčová,

Vaši žádost jsem telefonicky konzultovala s RNDr. Kateřinou Vítkovou, Útvar náměstka ředitele pro vědu a výzkum FN Ostrava (tel. 59 737 2052, katerina.vitkova@fno.cz).

Dle jejího sdělení je nutno k nám na FNO zaslat:

- **žádost** o provedení výzkumného šetření, sestavenou Vaším školitelem – oč se jedná, kde má být šetření provedeno, apod., jak uvádíte ve svém e-mailu
- **potvrzení** o Vašem studiu na TUL

Vše zašlete na naši adresu: Neurochirurgická klinika, FN Ostrava, 17.listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba, pan přednosta MUDr. Tomáš Paleček, Ph.D., potvrdí svým podpisem souhlas s provedením šetření na naší klinice na Spinální jednotce (se kterým již nyní souhlasí) a odešleme k dalšímu schválení a vyřízení právě paní RNDr. Vítkové. O závěru Vás budeme určitě informovat.

Zdravím a přeji pěkný víkend

Martina Hendrychová
sekretariát Neurochirurgické kliniky FN Ostrava
tel. 59 737 5402


From: Martina Krejčová [<mailto:M.Martulic@seznam.cz>]
Sent: Friday, January 10, 2014 12:45 AM
To: Hendrychová Martina
Subject: Dotaz

Dobrý den vážená paní Hendrychová,

Jmenuji se Martina Krejčová a jsem studentkou 3. ročníku Ústavu zdravotnických studií na Technické univerzitě v Liberci, obor všeobecná sestra. Nyní píši bakalářskou práci s názvem Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů a mojí vedoucí je paní Mgr. Alena Kyrianová vrchní sestra spinální jednotky v Krajské nemocnici Liberec, a.s.. Jako respondenty jsem zvolila pacienty hospitalizované na spinálních jednotkách v ČR. Počet respondentů je cca 15. Chtěla bych Vás tímto poprosit, zda-li bych mohla ve Vaší nemocnici provést výzkumné šetření. Pokud budete souhlasit, co je zapotřebí k povolení výzkumu k Vám do nemocnice zaslat. V příloze zasílám dotazník k nahlédnutí.

Předem moc děkuji za odpověď,

S pozdravem a přáním hezkého dne,


FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
Bc. Mária Dobešová
náměstek ředitele pro ošetrovatelskou péči
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba

Příloha č. 8

Povolení o provádění výzkumu v Krajské nemocnici Liberec, a. s.



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Martina Krejčová	
Studijní obor	Osobní číslo studenta Z11000093	Ročník 3.
Téma práce	Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Spinální jednotka Krajská nemocnice Liberec a.s., Husova 10, 460 63 Liberec	
Jméno vedoucího práce	Mgr. Alena Kyrianová	
Vyřádní vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis Mgr. A. KYRIANOVÁ	
Souhlas vedoucího práce	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. A. KYRIANOVÁ	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím Krajská nemocnice Liberec, a.s. Mgr. Marie Fryaufová ředitelka ošetrovatelské péče podpis Mgr. Marie Fryaufové	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis Mgr. A. KYRIANOVÁ	
Datum zahájení výzkumu	Listopad 2013	
Datum ukončení výzkumu	Ledén 2014	
Počet oslovených respondentů (personálu)	0	
Počet oslovených respondentů (klientů)	26	
Poznámka:		

V Liberci, dne 1.11.2013

podpis studenta



Příloha č. 9

Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Martina Krejčová a studuji na Technické univerzitě v Liberci, konkrétně Ústav zdravotnických studií, obor Všeobecná sestra. Tímto Vás prosím o vyplnění tohoto dotazníkového šetření, které bude sloužit k vypracování mé bakalářské práce na téma: **Ošetrovatelská péče zaměřená na uspokojování biologických potřeb nesoběstačných pacientů**. Toto dotazníkové šetření je zcela anonymní, veškeré údaje budou sloužit pouze k vypracování mé bakalářské práce a výsledky budou sloužit ke zkvalitnění péče o pacienty. Chtěla bych Vás tímto požádat o pravdivé vyplnění odpovědí.

Děkuji za Vaši spolupráci a Váš strávený čas.

S pozdravem Krejčová Martina.

U každé otázky vyplňte vždy pouze jednu odpověď, pokud tedy není uvedeno jinak.

1.) Jste:

- a) Žena
- b) Muž

2.) Kolik je Vám let:

3.) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Střední odborné
- b) Střední škola zakončená maturitní zkouškou
- c) Vysokoškolské

4.) Jak dlouho jste po úrazu? (prosím uveďte v týdnech, měsících, letech)

.....

5.) Vaše poškození je v oblasti páteře.

- a) Krční
- b) Hrudní
- c) Bederní

6.) Před úrazem jste prováděl/a celkovou koupel?

- a) Vícekrát denně
- b) Jednou denně
- c) Dvakrát týdně
- d) Jednou týdně
- e) Méně často

7.) V současné době jste závislý na pomoci druhé osoby při provádění hygieny?

- a) Ano, zcela

- b) Částečně
- c) Nejsem závislý

8.) Celková koupel je u Vás prováděna (v mobilní vaně)?

- a) Denně
- b) Pětkrát týdně
- c) Třikrát týdně
- d) Dvakrát týdně

9.) Je Vám příjemný takovýto způsob koupele (v mobilní vaně)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně
- d) Nevím

10.) Vyhovuje Vám častost koupele (v mobilní vaně)?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Částečně
- d) Nevím

11.) Je Vám zajišťována hygiena dutiny ústní?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

12.) Jak často se provádí hygiena dutiny ústní?

- a) Dvakrát denně
- b) Jednou denně
- c) Neprovádí se

13.) Hygienu dutiny ústní při celkové koupeli provádíte/se Vám provádí?

- a) Před koupelí
- b) Při koupeli
- c) Po koupeli

14.) Máte možnost provádět hygienu dutiny ústní vždy po jídle?

- a) Ano
- b) Ne

15.) Jak často se provádí mytí vlasů?

- a) Vždy při každé koupeli

- b) Dvakrát týdně
- c) Jednou týdně
- d) Musím požádat

16.) Čistíte si při koupeli uši? (jsou Vám uši při koupeli čištěny?)

- a) Vždy
- b) Musím požádat
- c) Neprovádí se

17.) Je Vám prováděna péče o nehty rukou? (ošetřujícím personálem)

- a) Ano pravidelně
- b) Ano nepravidelně
- c) Ne

18.) Je Vám prováděna péče o nehty nohou? (ošetřujícím personálem)

- a) Ano pravidelně
- b) Ano nepravidelně
- c) Ne

19.) Je dostatečně dodržována intimita před koupelí?

- a) Ano
- b) Částečně

- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

20.) Je dostatečně dodržována intimita při koupeli?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit

21.) Je dostatečně dodržována intimita po koupeli?

- a) Ano
- b) Částečně
- c) Ne
- d) Neumím zhodnotit